

Conferenza Episcopale Italiana

Ufficio Nazionale per la pastorale della salute

**XV Convegno Nazionale
dei Direttori degli Uffici diocesani
per la pastorale della salute, delle Associazioni
e degli Operatori di pastorale della salute**

Una nuova pastorale
della salute per una
Nuova Evangelizzazione



S. Giovanni Rotondo
10 -12 giugno 2013

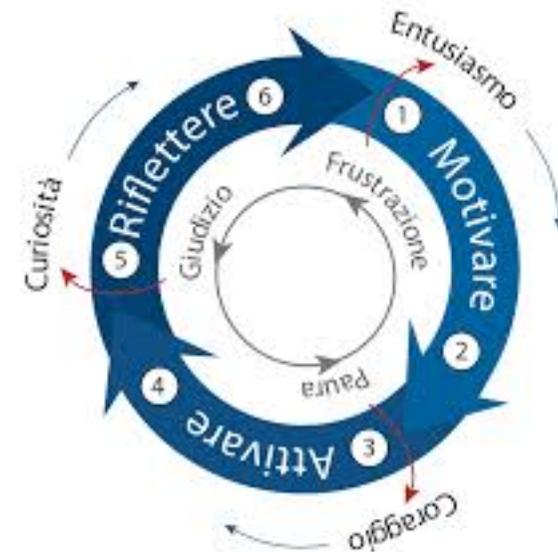
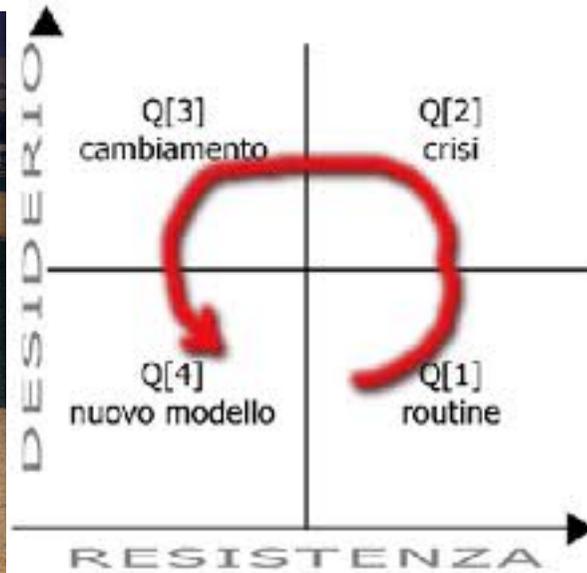
La Chiesa a servizio del cambiamento: il cammino di un anno

Silvio Brusaferrò



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**

Percorso



Cambiamento

**RILEVAZIONE
DELLE OPERE SANITARIE
E SOCIALI ECCLESIALI IN ITALIA**



- 14.000 servizi
- 14.6% dei servizi focalizzato sulla povertà, disagio fragilità
- 420.000 persone
- 2/3 volontari
- 1 persona /150 residenti
- Presenza in tutte le regioni italiane

Anno di inizio	Tipo di assistenza			Totale
	Sanitaria	Socio-sanitaria e sociale residenziale	Socio-sanitaria e sociale non residenziale	
Prima del 1900	15,4	48,4	36,3	100,0
1900 - 1945	9,2	40,2	50,7	100,0
1946 - 1969	8,0	42,2	49,8	100,0
1970 - 1979	10,4	36,8	52,7	100,0
1980 - 1989	8,7	33,6	57,7	100,0
1990 - 1999	4,4	29,7	65,9	100,0
2000 - 2009	3,5	26,3	70,2	100,0
Totale	5,8	31,3	62,9	100,0



Parole per un nuovo paradigma per la sanità

- Vita
- Prossimità
- Responsabilità
- Testimonianza
- Comunità
- Educazione
- Equità
- Sostenibilità
- Dignità
- Integrazione
- Formazione
- Servizio

Conferenza Episcopale Italiana

Ufficio Nazionale per la pastorale della salute

**XV Convegno Nazionale
dei Direttori degli Uffici diocesani
per la pastorale della salute, delle Associazioni
e degli Operatori di pastorale della salute**

Una nuova pastorale
della salute per una
Nuova Evangelizzazione



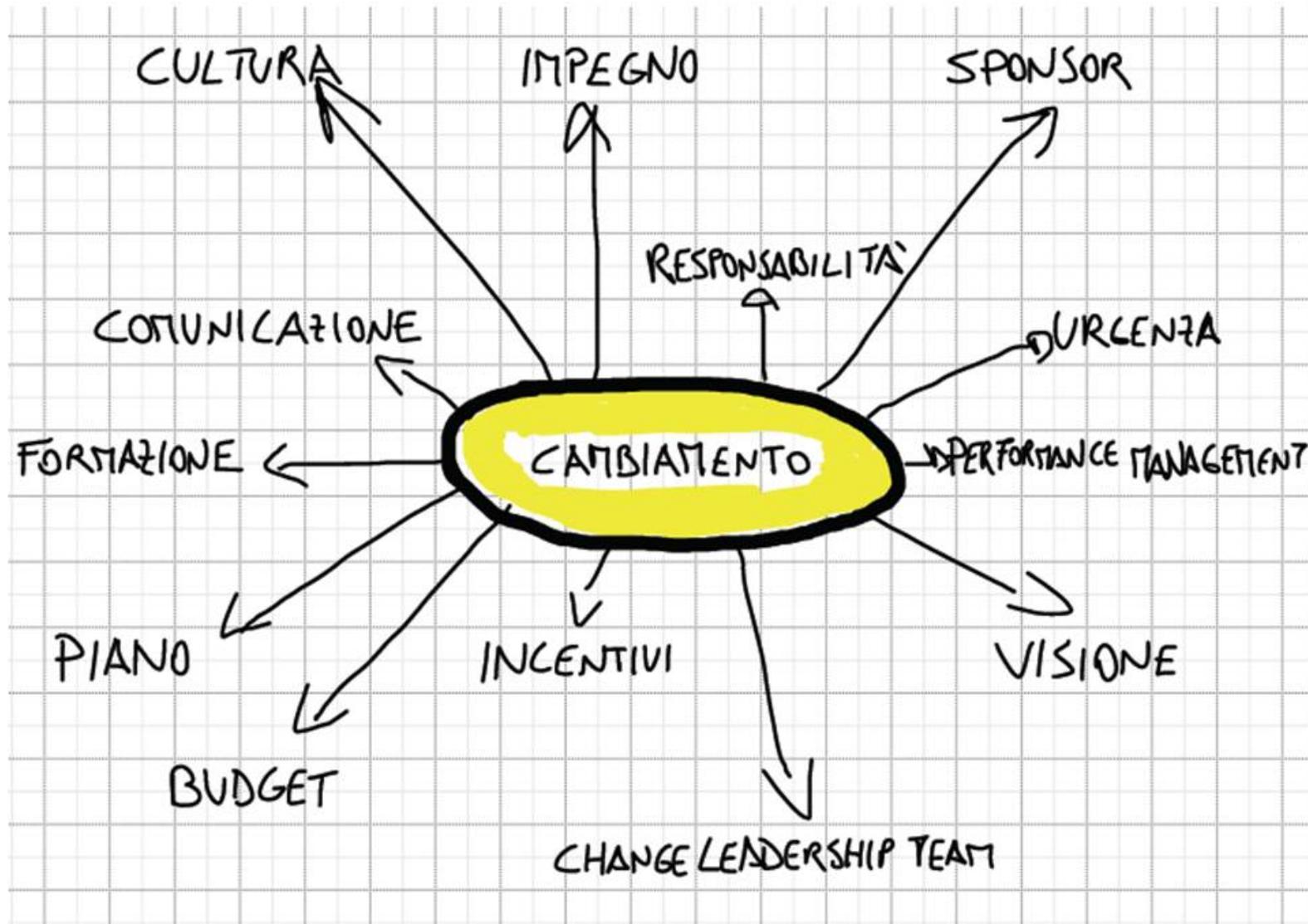
L'intervento

- Gestire il cambiamento
- Evidenze su cui riflettere
- Strumenti a disposizione
- Conclusioni

L'intervento

- **Gestire il cambiamento**
- Evidenze su cui riflettere
- Strumenti a disposizione
- Conclusioni

Gestire il cambiamento



Redesigning Health Systems for Quality: Lessons from Emerging Practices

Margaret C. Wang, Ph.D., M.P.H.

Jenny K. Hyun, M.P.H.

Michael I. Harrison, Ph.D.

Stephen M. Shortell, Ph.D., M.P.H.

Irene Fraser, Ph.D.

Quattro fattori per il successo sono riportati come cruciali:

1. Coinvolgimento diretto dei leader di alto e medio livello
2. Allineamento strategico e integrazione degli sforzi di miglioramento con le priorità dell'organizzazione
3. Sistemica stabilizzazione delle infrastrutture, dei processi e della valutazione delle performance per un continuo miglioramento
4. Sviluppo attivo di team, staff e campioni

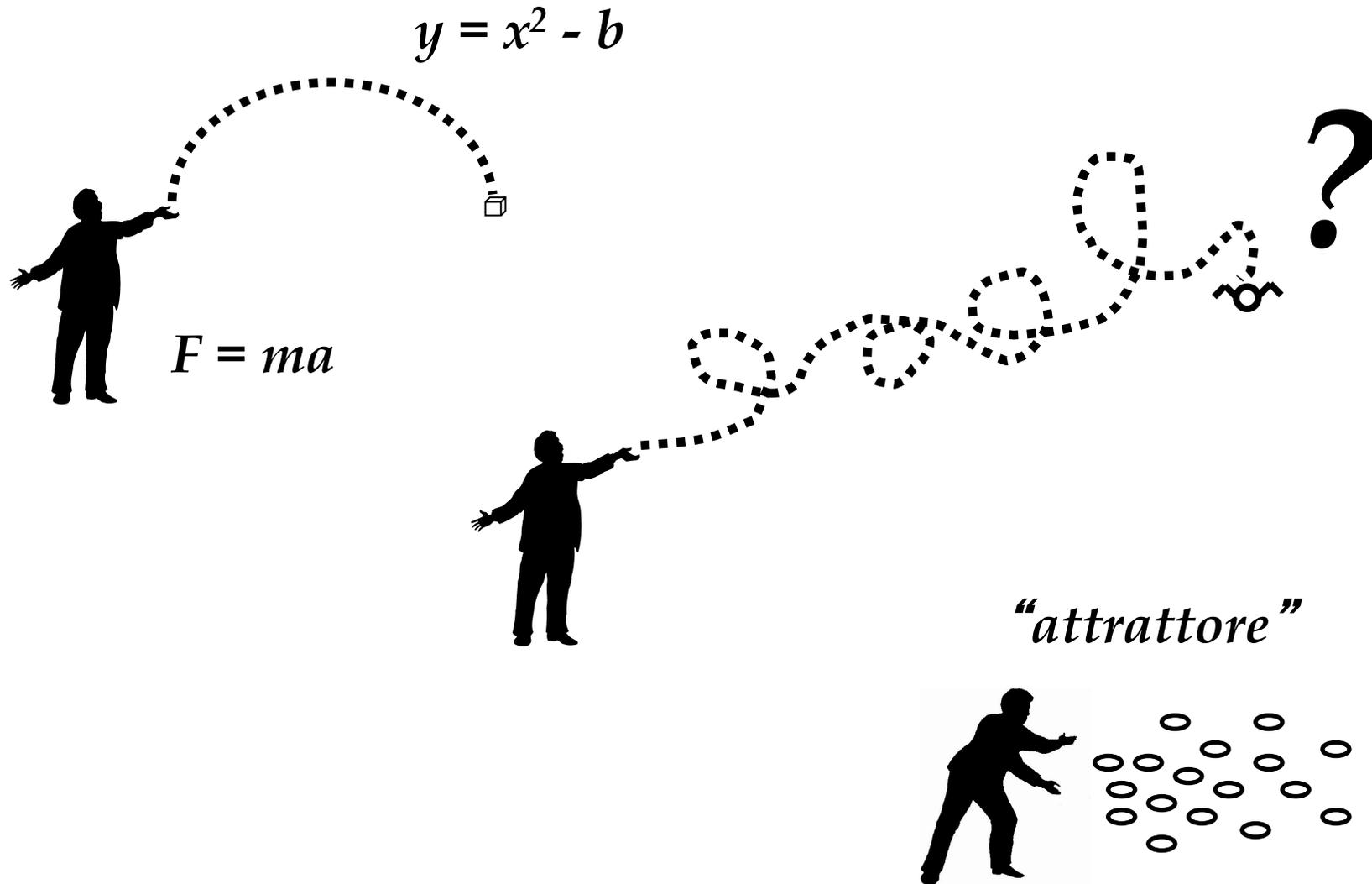
Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research

John Ovreteit

- **I leader** a tutti i livelli “guidano il miglioramento” in qualche modo **ma potrebbero essere più efficaci se utilizzassero letteratura recente inerente l’argomento.**
- **Ciò che un leader può raggiungere dipende in parte dal contesto creato da leader di più alto livello.**
- La letteratura mostra che **molti iniziano il miglioramento, pochi finiscono con successo, e meno ancora sviluppano una capacità condivisa e prolungata nel loro servizio** per ottenere e guidare il miglioramento.
- Un **focus nell’implementazione dei programmi** sembra importante nel guidare il miglioramento.



Qual è il paradigma?



Understanding Health Care as a Complex System

The Foundation for Unintended Consequences

- Non linearità
- Autorganizzazione e comportamenti emergenti
- Regole semplici che governano i sistemi

Affrontare il cambiamento

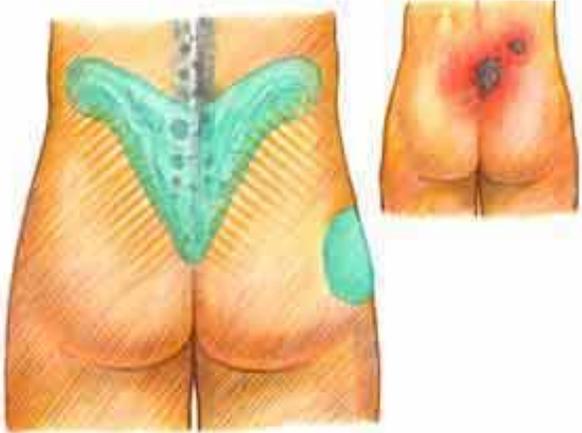
- Il cambiamento richiede:
 - Tempi non sempre completamente programmabili
 - Persistenza
 - Monitoraggio continuo
 - Continua capacità di adattamento
 - Leadership
- Il cambiamento
 - Coinvolge spesso molti se non tutti i livelli dell'organizzazione
 - Nei sistemi complessi si lavora su scenari tendenziali piuttosto che quadri precisamente definiti

L'intervento

- Gestire il cambiamento
- **Evidenze su cui riflettere**
- Strumenti a disposizione
- Conclusioni

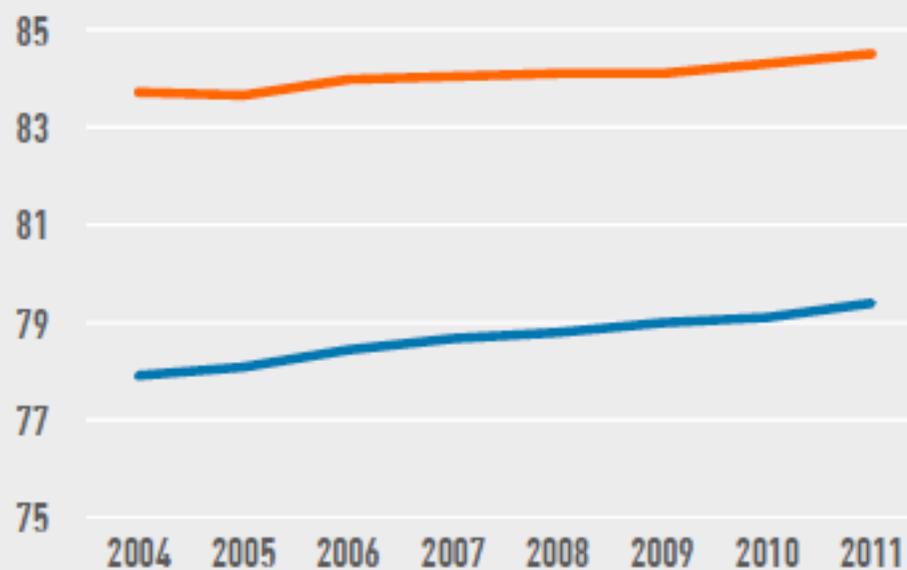


Una storia



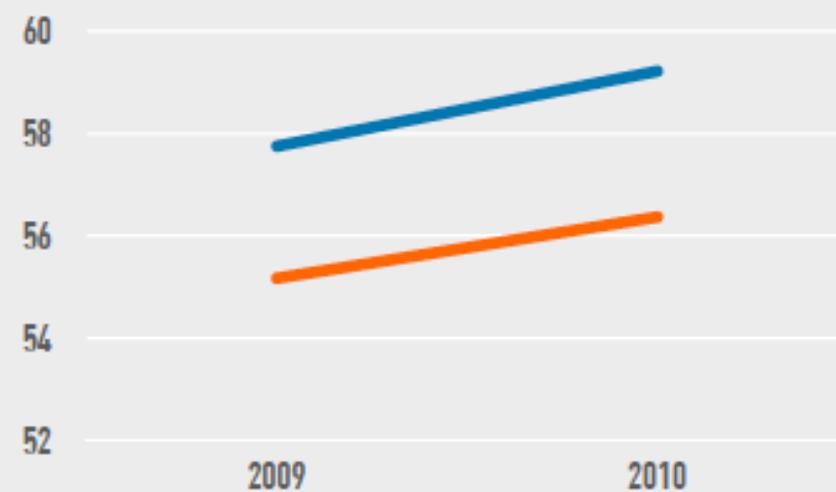
La vita si allunga

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA
(NUMERO MEDIO DI ANNI)



— Maschi
— Femmine

SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE ALLA NASCITA
(NUMERO MEDIO DI ANNI)



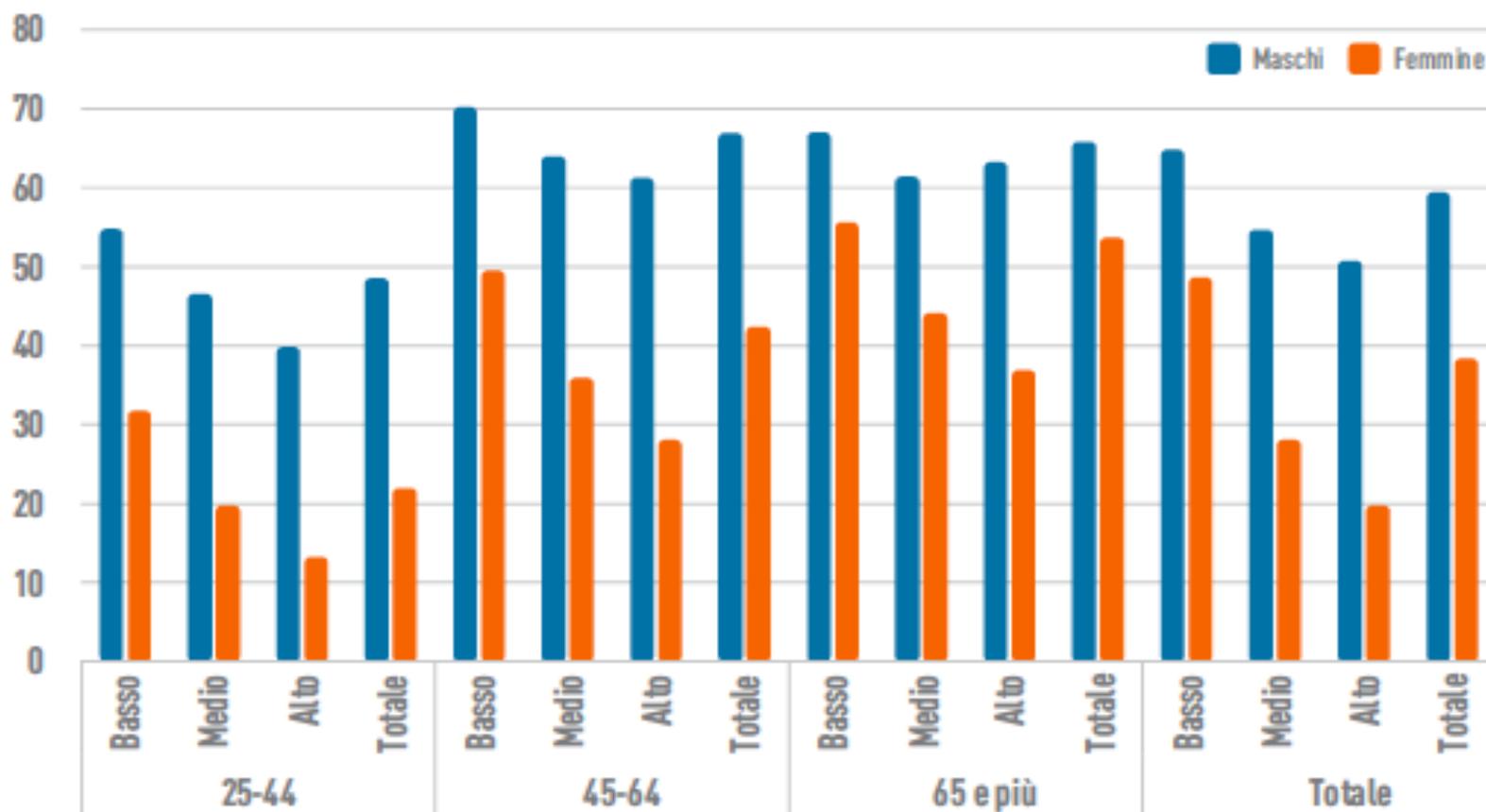
La povertà è diversa tra le varie aree del paese

Tavola 1.6 Persone appartenenti a famiglie in condizioni di deprivazione materiale per indicatori di deprivazione e ripartizione geografica – Anni 2010-2012 (per 100 persone della stessa ripartizione geografica)

INDICATORI DI DEPRIVAZIONE MATERIALE	2010				2011				2012			
	Nord	Centro	Mezzo-giorno	Italia	Nord	Centro	Mezzo-giorno	Italia	Nord	Centro	Mezzo-giorno	Italia
In condizione di deprivazione materiale	10,0	13,7	25,2	16,0	13,2	18,0	36,7	22,3	14,9	21,0	40,1	24,8
In condizione di grave deprivazione materiale	3,7	5,4	12,1	6,9	6,3	7,4	19,7	11,2	7,9	9,9	25,1	14,3
In arretrato con i pagamenti	10,6	12,3	16,0	12,8	10,2	14,5	19,2	14,1	9,9	12,2	17,5	13,0
Incapace di far fronte a spese impreviste	24,8	31,2	45,8	33,3	26,6	39,2	54,1	38,6	29,0	45,4	56,2	41,7
Non può permettersi una settimana di ferie all'anno	28,0	39,5	55,6	39,8	33,0	44,9	66,0	46,7	35,5	51,9	69,2	50,4
Non può permettersi un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni	4,6	5,5	10,2	6,7	8,9	9,0	19,0	12,4	11,9	13,0	24,9	16,6

Proporzione standardizzata di persone ≥25 anni in sovrappeso (x età, sesso, grado di istruzione)

L'ECCESSO DI PESO È PIÙ DIFFUSO TRA I MASCHI E I MENO ISTRUITI

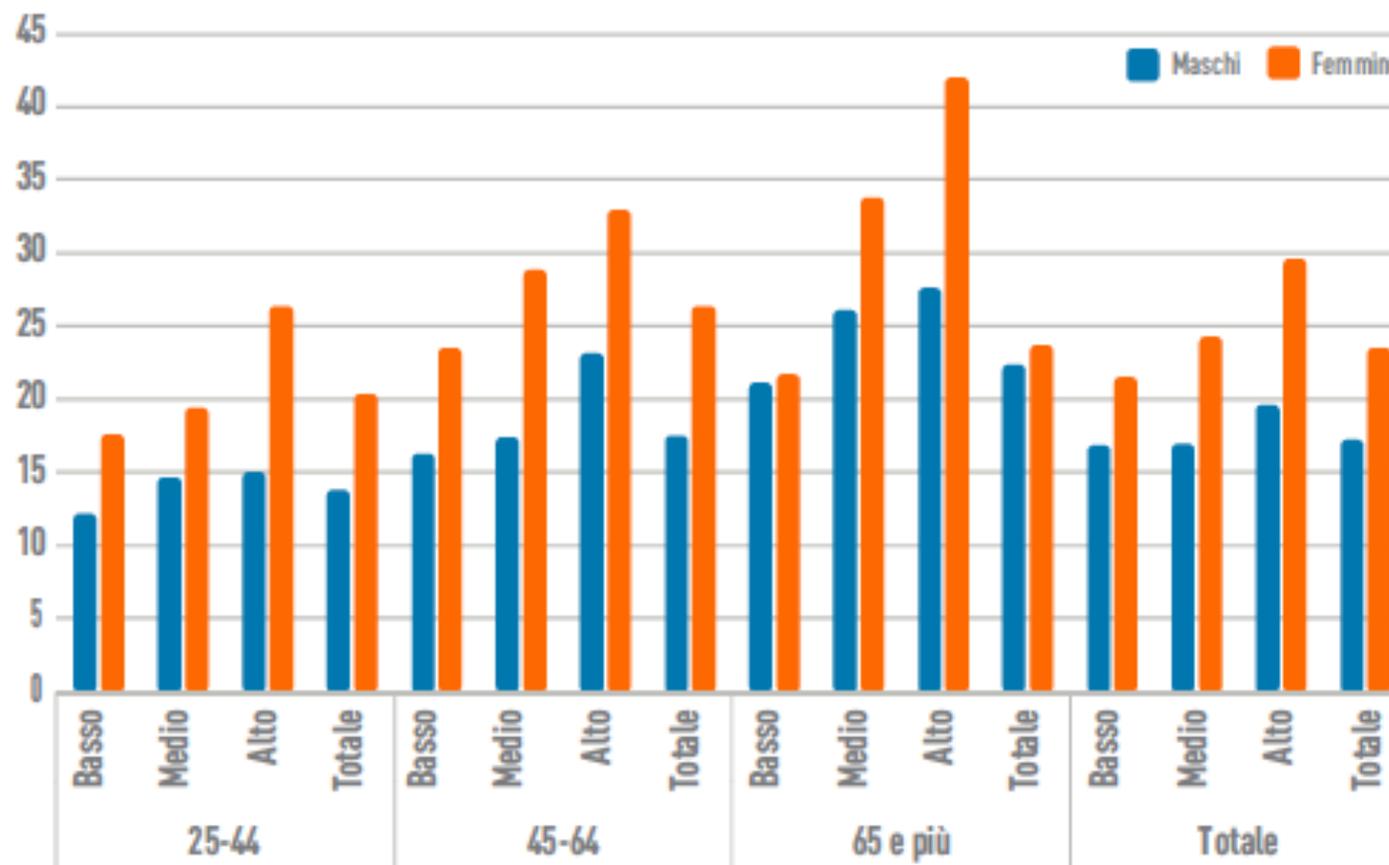


Proporzione standardizzata persone ≥ 25 anni che consumano almeno 4 porzioni/die di frutta e verdura (x età, sesso, grado di istruzione)

bes | 2013

IL BENESSERE
EQUO E SOSTENIBILE
IN ITALIA

I GIOVANI E I MENO ISTRUITI SEGUONO UNA DIETA MENO SANA

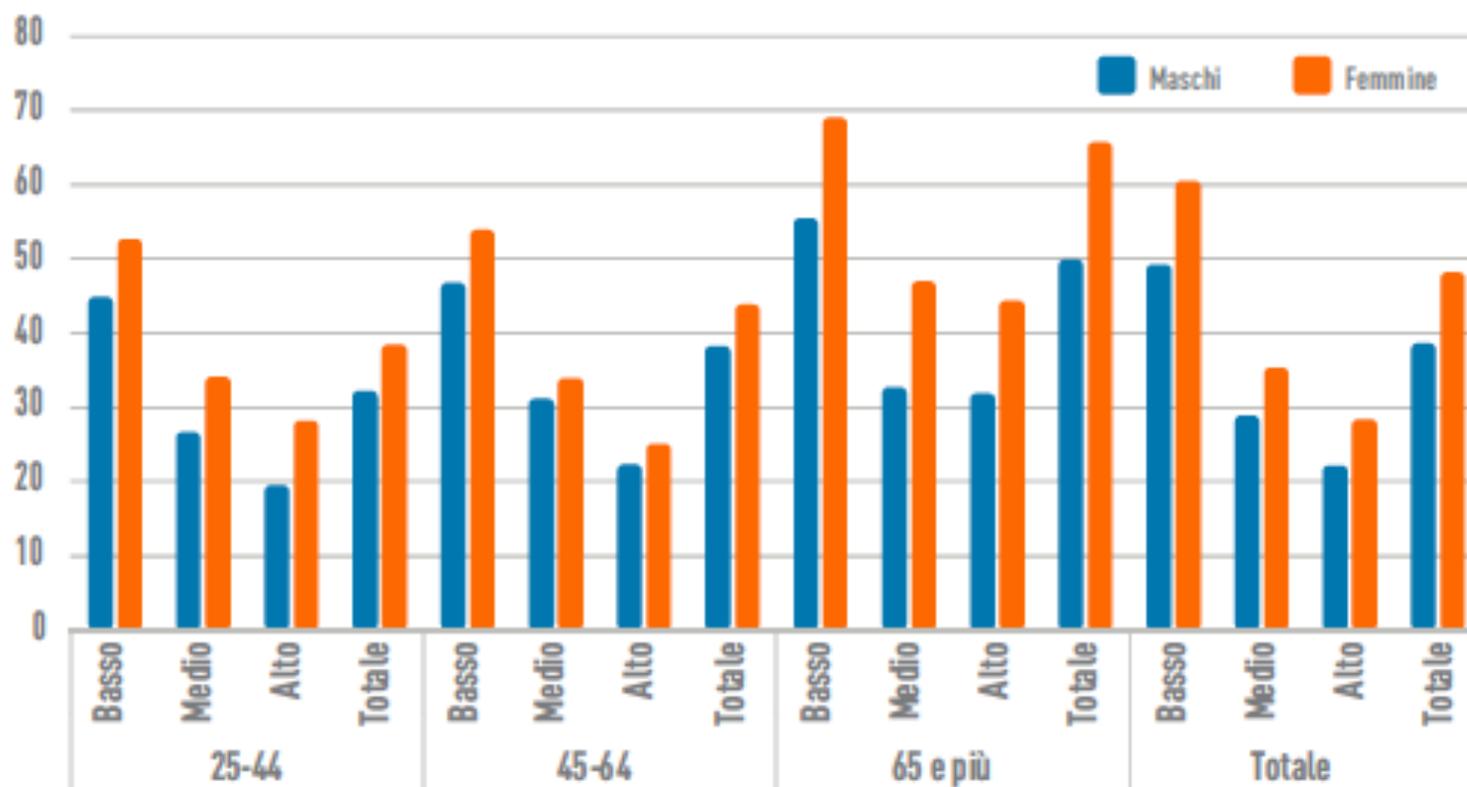


Proporzione standardizzata persone ≥ 25 anni che non praticano alcuna attività fisica (x età, sesso, grado di istruzione)

bes | 2013

IL BENESSERE
EQUO E SOSTENIBILE
IN ITALIA

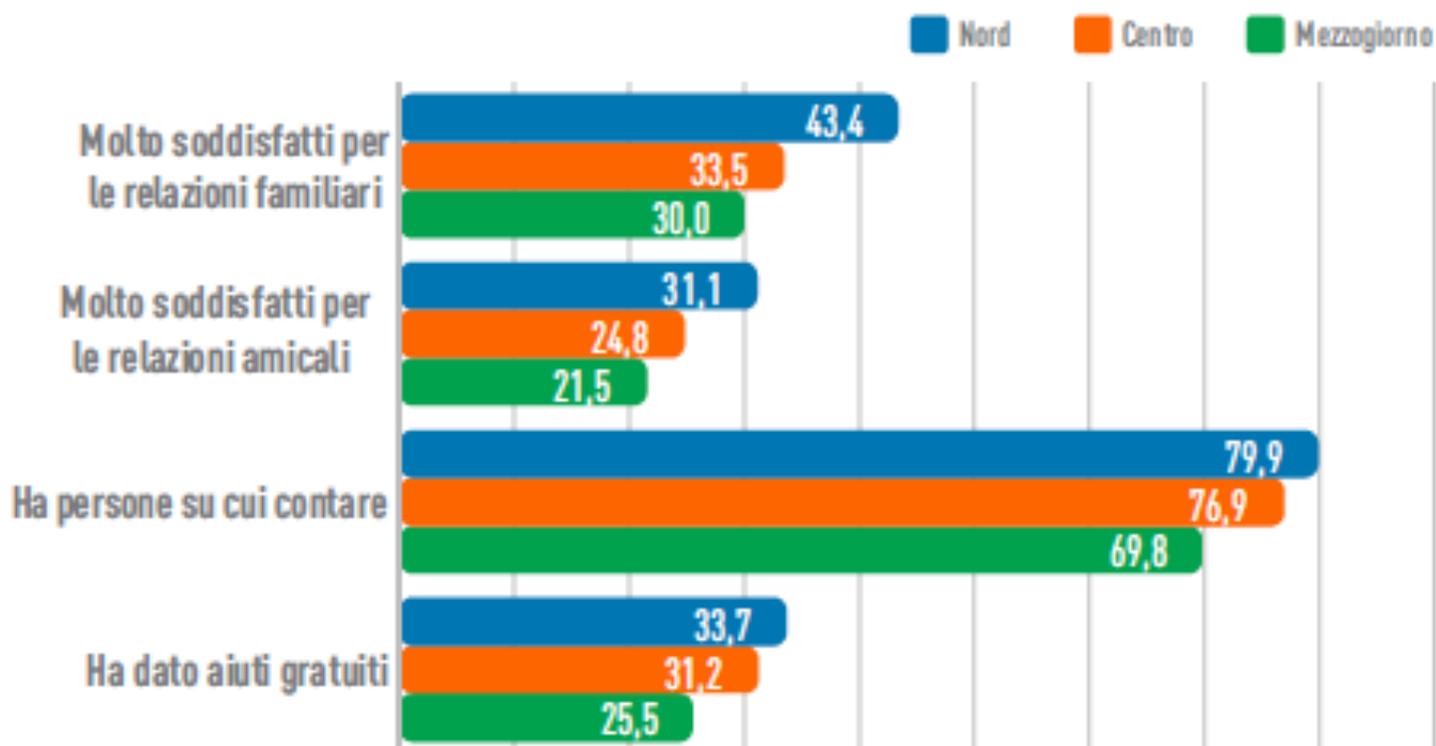
I MENO ISTRUITI SONO PIÙ SEDENTARI



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Relazioni sociali (persone di ≥ 14 anni)

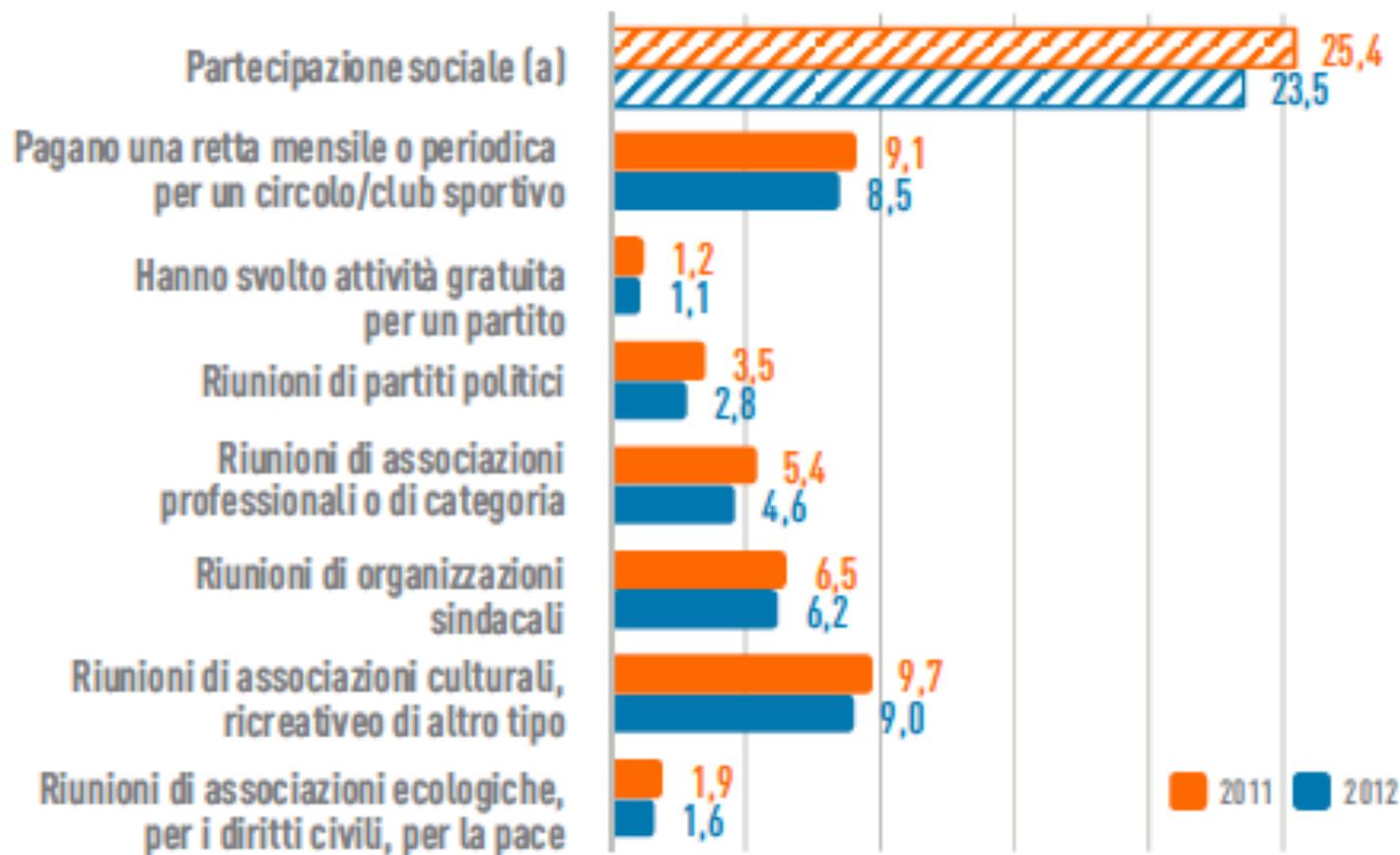
NEL MEZZOGIORNO RETI DI RELAZIONI PIÙ DEBOLI



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Relazioni sociali (persone di ≥ 14 anni)

PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ SOCIALI IN CALO



Financial crisis, austerity, and health in Europe

Marina Karanikolos, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee

- ci sono molte potenziali differenze confondenti tra paesi,
- la recessione pone dei rischi per la salute,
- Soprattutto la interazione tra
 - austerità fiscale
 - uno shock economico unito a
 - una debole protezione socialeinfluenza la salute e la crisi sociale in Europa.
- Le decisioni politiche su come rispondere alla crisi economica hanno importanti effetti sulla sanità pubblica.

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

Lancet 2012; 380: 37-43

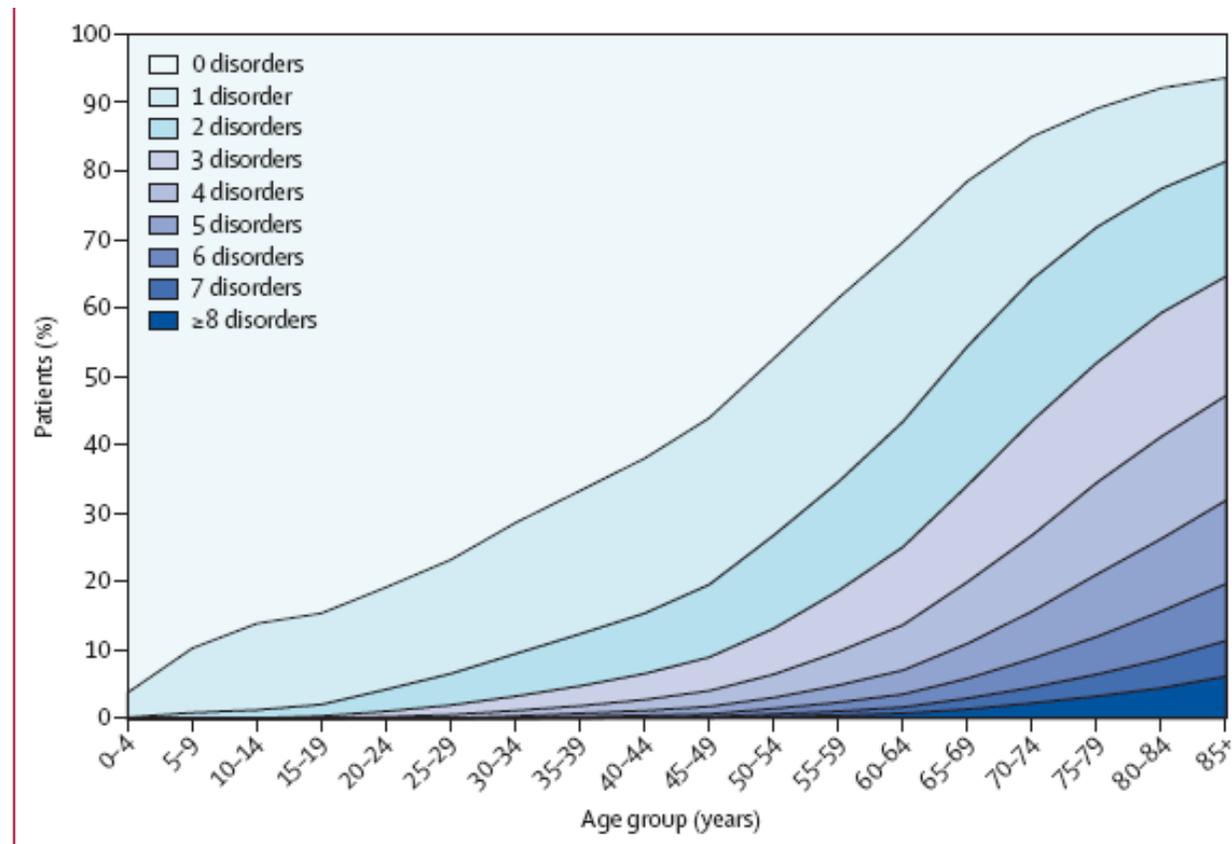


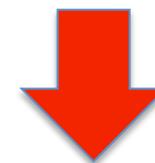
Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Circa metà della popolazione con ≥ 50 anni ha almeno 1 patologia

Burden of disease

Le prime 10 cause nel mondo

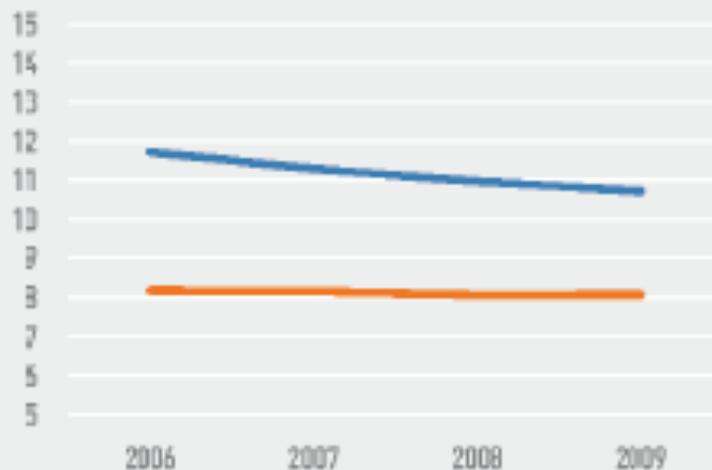
proiezione 2004 and 2030



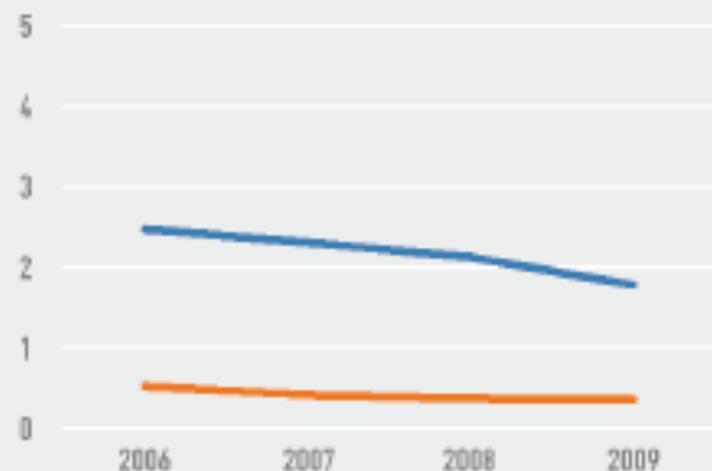
2004 Disease or injury	As % of total DALYs	Rank		Rank	As % of total DALYs	2030 Disease or injury
Lower respiratory infections	6.2	1		1	6.2	Unipolar depressive disorders
Diarrhoeal diseases	4.8	2		2	5.5	Ischaemic heart disease
Unipolar depressive disorders	4.3	3		3	4.9	Road traffic accidents
Ischaemic heart disease	4.1	4		4	4.3	Cerebrovascular disease
HIV/AIDS	3.8	5		5	3.8	COPD
Cerebrovascular disease	3.1	6		6	3.2	Lower respiratory infections
Prematurity and low birth weight	2.9	7		7	2.9	Hearing loss, adult onset
Birth asphyxia and birth trauma	2.7	8		8	2.7	Refractive errors
Road traffic accidents	2.7	9		9	2.5	HIV/AIDS
Neonatal infections and other ^a	2.7	10		10	2.3	Diabetes mellitus
COPD	2.0	13		11	1.9	Neonatal infections and other ^a
Refractive errors	1.8	14		12	1.9	Prematurity and low birth weight
Hearing loss, adult onset	1.8	15		15	1.9	Birth asphyxia and birth trauma
Diabetes mellitus	1.3	19		18	1.6	Diarrhoeal diseases

Evoluzione della mortalità

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER TUMORE
(PER 10.000 PERSONE DI 19-64 ANNI)



TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER ACCIDENTI
DI TRASPORTO (PER 10.000 PERSONE DI 15-34 ANNI)



TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER DEMENZA E MALATTIE
DEL SISTEMA NERVOSO (PER 10.000 PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ)



— Maschi
— Femmine

bes | 2013

IL BENESSERE
EQUO E SOSTENIBILE
IN ITALIA



Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates

Erin Bagalman

Analyst in Health Policy

Angela Napili

Information Research Specialist

April 24, 2013

Stima su prevalenza in 12 mesi di disturbi mentali ad esclusione di disturbi dovuti a sostanze tra gli adulti

NCS-R 24.8%

NSDUH 19.6%



Aumentano le differenze tra regioni

I dati analizzati, infatti, mostrano che in alcune regioni ed in alcuni settori il sistema sanitario raggiunge livelli elevati di eccellenza, mentre in altre, la mancata o ritardata riorganizzazione dei servizi socio-sanitari in base alla domanda, non ha consentito di adeguare la relativa offerta locale rispetto alle specifiche caratteristiche demografiche ed epidemiologiche delle popolazioni residenti, per cui permangono, o addirittura peggiorano, situazioni di non adeguata assistenza sanitaria con il Meridione nettamente svantaggiato rispetto alle regioni Centro-settentrionali.

Family Matters in Health Care Delivery

Jennifer L. Wolff, PhD

Dal momento che che la famiglia, ampiamente intesa come inclusiva di consanguinei, partner a amici stretti, ha un peso rilevante nel produrre e provvedere assistenza, sforzi per favorire la **partnership tra pazienti – famiglia – professionisti della salute** potrebbero portare benefici pratici nel campo della salute, della qualità e dei costi.

La centralità del rapporto tra persone

Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs

Emily Oshima Lee, M.A., and Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D.

- Nel 2008 il gruppo di Lewin ha stimato un risparmio di 9 miliardi di dollari in 10 anni adottando programmi per decisioni condivise per 11 procedure
- Nel 2012 il Group Health nello stato di Washington ha evidenziato risparmi dall'12 al 21% in 6 mesi adottando sistemi di aiuto nella decisione per pazienti da sottoporre ad artroprotesi di anca e ginocchio

L'intervento

- Gestire il cambiamento
- Evidenze su cui riflettere
- **Strumenti a disposizione**
- Conclusioni

LEGGE 7 agosto 2012, n. 135.

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.

Titolo III

RAZIONALIZZAZIONE E RIDUZIONE DELLA SPESA SANITARIA

Art. 15 comma 25 bis

Ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale. Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti e' reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Il

Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima.

MINISTERO DELLA SALUTE,

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 .

Standard generali di qualità

Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

Misurazione della performance clinica e degli esiti

Audit Clinico

Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

Integrazione dei sistemi informativi di carattere gestionale che sanitario

Disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione

Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura

Formazione continua del personale

Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo nonché all'inserimento di nuovo personale

Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati.

Value-Based Purchasing — National Programs to Move from Volume to Value

Jordan M. VanLare, A.B., and Patrick H. Conway, M.D.

N ENGL J MED 367;4 NEJM.ORG JULY 26, 2012

S e i A r e e D i M i s u r a D e l l a Q u a l i t à

Aree

Indicatori

Sicurezza

Sicurezza del paziente, Condizioni correlate all'assistenza

Esperienza e risultati incentrati su paziente e operatore

Esperienza del paziente, esperienza dell'operatore, risultati riportati dal paziente

Coordinamento Assistenziale

Indicatori di Ammissione e Riammissione, indicatori di coordinazione assistenziale, comunicazione del provider

Assistenza clinica

Assistenza acuta, assistenza cronica, prevenzione, indicatori di processo e risultati

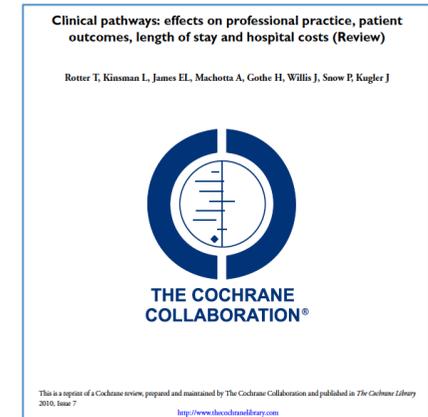
Salute della popolazione o della comunità

Comportamenti salute-correlati, accesso all'assistenza, determinanti di salute, disuguaglianze

Efficienza e riduzione dei costi

Indicatori di spesa annuale (p.e. spesa pro-capite), indicatori del costo degli eventi, quality to cost ratio

Criteri adottati per classificare un **P**ercorso **P**reventivo **D**iagnostico **T**erapeutico **A**ssistenziale (PPDTA)



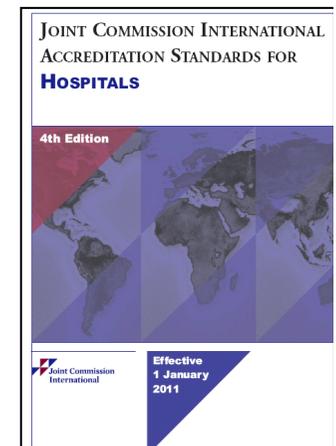
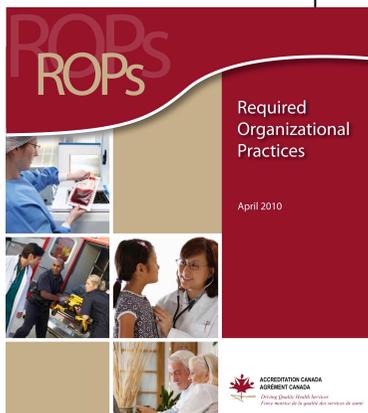
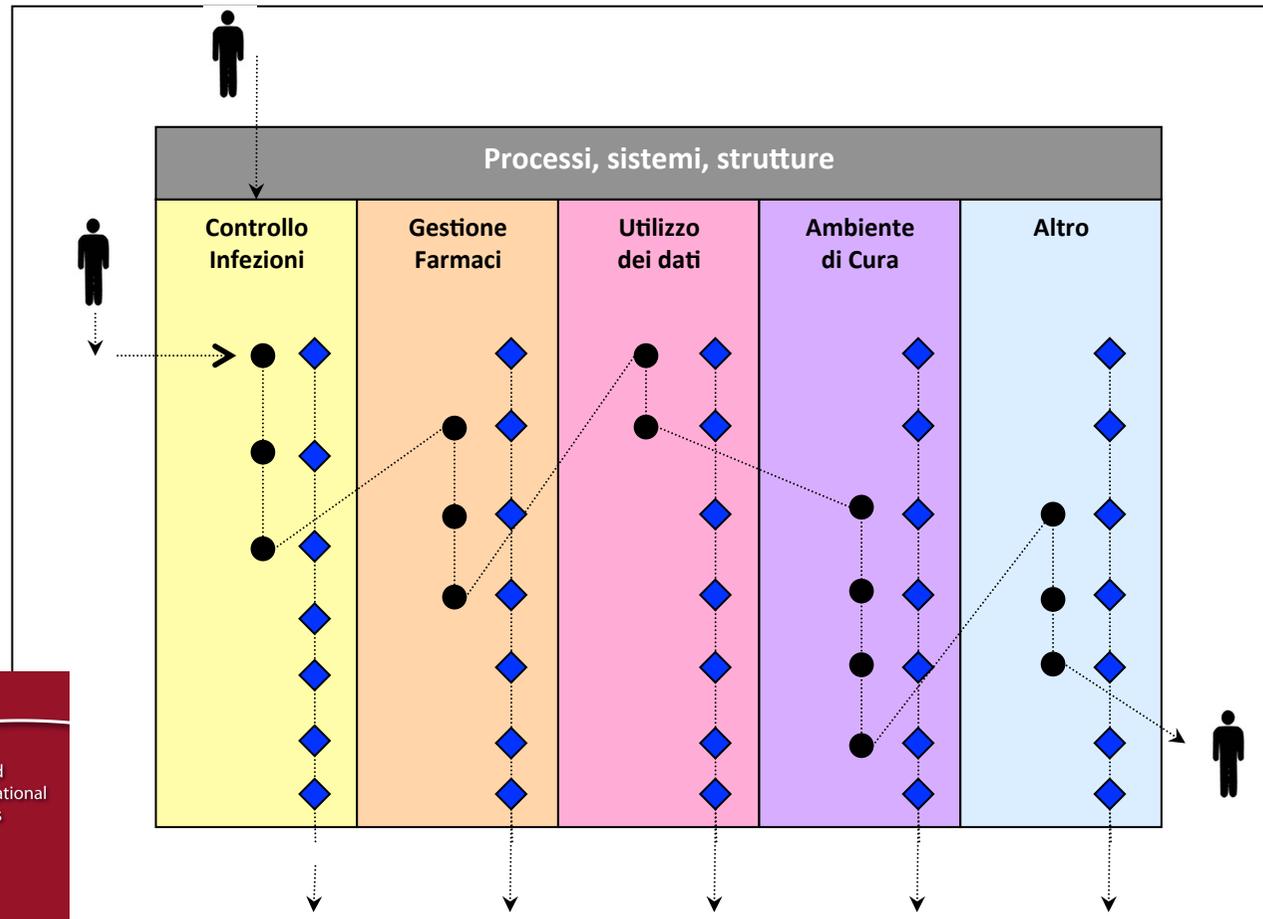
1. L'intervento è un piano strutturato multidisciplinare per cura ed assistenza
2. L'intervento prevede ha una scansione temporale o una progressione basata su criteri
3. L'intervento mira a standardizzare cura/assistenza per uno specifico problema ,
procedura o episodio di cura

Misurare, Standardizzare, Riportare

Tracer di sistema e Tracer individuale

● TRACER INDIVIDUALE

◆ TRACER DI SISTEMA



Programma Valutazione Esiti (PNE)

Ed. 2012, SDO 2005-2011

Introduzione alla lettura

La valutazione degli esiti degli interventi sanitari, può essere definita come:...

[leggi](#)

Fonti informative e criteri di record linkage

 D/EP/Lazio

Il Sistema Informativo Ospedaliero raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post-acuzie) registrati in Italia....

[leggi](#)

Metodi statistici Appendice

 D/EP/Lazio

Nella maggior parte delle applicazioni gli indicatori di valutazione degli esiti degli interventi sanitari sono espressi come ...

[leggi](#)

Lista degli acronimi e delle definizioni maggiormente usate per la descrizione degli indici e nelle trattazioni epidemiologiche.

[leggi](#)

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN. PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi.

Riportare i dati

2-8 aprile 2013

Sanita

PRIMO PIANO

3

Le aziende con il miglior risultato per i sette esiti in ogni Regione



Classifica virtuale delle prime 40 aziende

	Aziende	Regione		Aziende	Regione
1	Osp. Riuniti di Bergamo - Bergamo	Lombardia	22	Osp. di Circolo e Fondazione Macchi - Varese	Lombardia
2	Ao Civile SS. Antonio e Biagio - Alessandria	Piemonte	23	Ao Civile di Vimercate - Vimercate	Lombardia
3	Osp. Bolognini - Seriate	Lombardia	24	Osp. di Desenzano del Garda - Desenzano del Garda	Lombardia
4	Ao S. Croce e Carle - Cuneo	Piemonte	25	Osp. G. Salvini - Garbagnate Milanese	Lombardia
5	Aou di Parma - Parma	Emilia R.	26	Aou Civile Maggiore - Verona	Veneto
6	Aou di Udine - Udine	Friuli V.G.	27	Aou di Bari - Bari	Puglia
7	Aou di Pisa - Pisa	Toscana	28	Ao S. Camillo-Forlanini - Roma	Lazio
8	Ao S. Maria - Terni	Umbria	29	Osp. Spedali civili di Brescia - Brescia	Lombardia
9	Aou Careggi - Firenze	Toscana	30	Ao S. Salvatore - Pesaro	Marche
10	Aou di Bologna - Bologna	Emilia R.	31	Aou di Ferrara - Ferrara	Emilia R.
11	Osp. S. A. Abate - Gallarate	Lombardia	32	Aou S. Luigi - Orbassano	Piemonte
12	Ao S. Carlo - Potenza	Basilicata	33	Ao Colli-P. Monaldi - Napoli	Campania
13	Aou di Modena - Modena	Emilia R.	34	Aou S.G. Battista Molinette - Torino	Piemonte
14	Ao di Padova - Padova	Veneto	35	Osp. A. Manzoni - Lecco	Lombardia
15	Ao S.m.a. di Pordenone - Pordenone	Friuli V.G.	36	Ao mauriziano Umberto I - Torino	Piemonte
16	Osp. di Legnano - Legnano	Lombardia	37	Aou Riuniti di Siena - Siena	Toscana
17	Pol. U. A. Gemelli - Roma	Lazio	38	Aou S. Andrea - Roma	Lazio
18	Ao di Reggio Emilia - R. Emilia	Emilia R.	39	Osp. di circolo Busto Arsizio - Busto Arsizio	Lombardia
19	Aou Maggiore della Carità - Novara	Piemonte	40	Osp. di circolo di Predabissi-Melegnano-Vizzolo - Predabissi	Lombardia
20	Osp. Ca' Granda-Niguarda - Milano	Lombardia			
21	Osp. L. Sacco - Milano	Lombardia			

Health policy responses to the financial crisis in Europe

Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee

Strumenti di policy che rischiano di indebolire gli obiettivi del sistema sanitario:

1. Riduzione dell'estensione della copertura dei servizi assistenziali
2. Riduzione della copertura della popolazione
3. Aumento dei tempi di attesa per i servizi necessari
4. Oneri degli utenti per i servizi necessari
5. Attrito negli operatori a causa di salari non adeguati in relazione al resto dell'economia e, dove rilevante, al mercato del lavoro straniero

L'intervento

- Gestire il cambiamento
- Evidenze su cui riflettere
- Strumenti a disposizione
- **Conclusioni**

For more information visit www.iom.edu/bestcare

Best Care at Lower Cost

The Path to Continuously Learning Health Care in America

Americans would be better served by a more nimble health care system that is consistently reliable and that constantly, systematically, and seamlessly improves.



Institute Of Medicine

Best Care at Lower Costs

Raccomandazioni

- Elementi fondativi

- L'infrastruttura digitale
- L'utilità del dato

- Politiche e ambiente a supporto

- Incentivi finanziari
- Trasparenza nelle performance
- Leadership estesa

- Obiettivi per il miglioramento dell'assistenza

- Supporto alle decisioni cliniche
- Assistenza centrata sul paziente
- Legami con la comunità
- Continuità delle cure
- Ottimizzazione dell'operatività

Elementi essenziali del nuovo scenario

- Promozione della salute, prevenzione ed esiti delle cure
- Standardizzare, misurare, valutare e condividere la valutazione,
- Sistema informativo
- Strumenti ordinari:
 - percorsi integrati di cura (PPDTA), medicina d'iniziativa, Health Technology Assessment (HTA), sanità pubblica basata sulle evidenze, rischio clinico, qualità ed appropriatezza
- Dismettere le attività che non producono valore
- Formazione e valorizzazione delle risorse umane e del merito
- Corretta comunicazione, coinvolgimento e responsabilizzazione di cittadini (e pazienti)

Reti socio assistenziali e sinergie attorno al paziente

- Il potenziamento delle reti sociali e della solidarietà.
 - (rispondere alla solitudine e micro comunità per rafforzare la società).
- La centralità delle cure primarie
 - alla porta di casa del cittadino
 - Coincidenza e sinergia tra distretti sanitari e ambiti (assistenza sociale a carico dei comuni).
- privato sociale e volontariato sono essenziali e devono trovare spazio e pubblico riconoscimento.

Percorsi assistenziali, sicurezza e qualità

- garantire risposte integrate, sicure e di qualità alla domanda (non solo prestazioni) attraverso
 - una rete di strutture a diversa intensità di cura
 - l'aggiornamento continuo dei percorsi preventivo diagnostico terapeutici alle migliori evidenze clinico-scientifiche,
 - la garanzia di attività in grado di favorire qualità e sicurezza degli interventi in tutti i nodi della rete,
 - la continuità assistenziale

Un sistema
che valorizzi, anche nell'allocazione delle risorse,

- I percorsi paziente,
- Le buone pratiche clinico assistenziali,
- Le performance (sanitarie, sociali ed amministrative),
- Il coinvolgimento dei pazienti ,
- La innovazione orientata a migliorare la qualità contenendo i costi.



- ✓ Attori creativi della “città dell’uomo”,
- ✓ Costruttori del bene comune



Grazie per l’attenzione !