

# L'assetto istituzionale 2019

Dott. Giuseppe Tonutti

Area Servizi Assistenza Ospedaliera

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

**Legge regionale n. 17 - 11 novembre 2013 -**  
Finalità e principi per il riordino dell'assetto  
istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario  
regionale.

**Legge regionale n. 17 - 16 ottobre 2014 -** Riordino  
dell'assetto istituzionale e organizzativo del  
servizio sanitario regionale e norme in materia di  
programmazione sanitaria e sociosanitaria.

**Legge regionale n. 27 - 5 dicembre 2018 -**  
Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio  
sanitario regionale.

# Finalità per i cittadini (LR 17/2013)

- Persona al centro
- Accesso universale
- Percorsi di cura personalizzati e uniformi
- Continuità assistenziale e presa in carico
- Coinvolgimento dei cittadini nelle politiche per la salute
- Omogeneità dell'offerta di servizi

# Finalità organizzative (LR 17/2013)

- Superamento della frammentazione organizzativa e semplificazione del sistema istituzionale
- Integrazione ospedale-territorio
- Impiego efficiente delle risorse e sostenibilità economica
- Gestione amministrativa unitaria
- Trasparenza dei sistemi organizzativi
- Promozione dell'innovazione, della ricerca e della formazione

# Principi per i cittadini (LR 17/2013)

- Rispetto della dignità della persona
- Cittadino nel proprio contesto di vita
- Riduzione dell'istituzionalizzazione
- Distretto attivo nel coinvolgere i cittadini
- Risposte integrate nei settori sociosanitario e socioassistenziale
- Coinvolgimento attivo dei contesti di vita
- Risposte adeguate per la cronicità

# Principi organizzativi (LR 17/2013)

- Formazione e promozione delle competenze
- Utilizzo in rete di tecnologie e informatica
- Appropriatezza delle prestazioni
- Distinzione urgenza-elezione
- Coerenza fra volumi, esiti e strutture
- Integrazione operativa delle discipline
- Assistenza per intensità di cura
- Qualificazione domiciliarietà e residenzialità
- Pianificazione e programmazione con enti locali

# Quali possibilità?

## Situazione di partenza

- 2 territoriali (1 e 6)
- 4 miste (2,3,4 e 5)
- 2 ospedaliero-universitarie (UD e TS)
- 1 ospedaliera (PN)
- 2 IRCCS (CRO e Burlo)

Un'azienda territoriale e 3 ospedaliere oppure ospedaliero-universitarie + 2 IRCCS

Aziende miste (con gli ospedali) oppure integrate con l'università (1, 3 o più) + 2 IRCCS

# Revisione dell'assetto istituzionale del Friuli Venezia Giulia (LR 17/2014)

## Situazione precedente

- 2 territoriali (1 e 6)
- 4 miste (2,3,4 e 5)
- 2 ospedaliero-universitarie (UD e TS)
- 1 ospedaliera (PN)
- 2 IRCCS (CRO e Burlo)

11

## Attuale assetto

- 5 miste (2 integrate con l'università)
- 2 IRCCS (CRO e Burlo)
- 1 per la gestione accentrata dei servizi condivisi

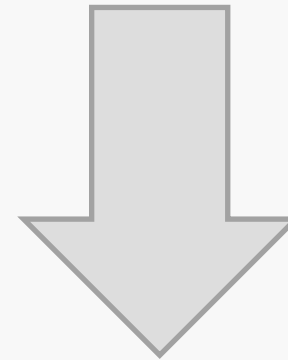
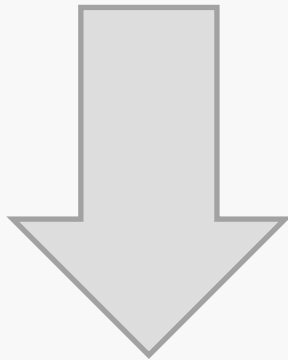
8



# Finanziamento

Situazione precedente

Attuale e futuro assetto



Finanziamento su  
base storica

Finanziamento per  
criteri standard

# Finanziamento per criteri standard

Funzione	Standard	Valore in euro
Farmaceutica	Popolazione pesata	214,50
AFIR	Popolazione pesata	12,90
Ricoveri	122,5 x mille	528,92
Specialistica ambulatoriale	Popolazione pesata	190,00
Pronto soccorso e emergenza	da programmazione	a costo
Prevenzione	5% del fondo	92,02
ADI	Popolazione > 65 anni	42-84,00
Protesica	Popolazione pesata	15,00
Medicina convenzionata	popolazione	a costo
Funzioni varie	Costo della funzione	a costo

+ integrazione «politica» del finanziamento

## Finanziamento su base storica

- Azzerato l'effetto della mobilità
- Pareggio di bilancio riducendo i costi e le attività
- Poca attenzione ai bisogni dei cittadini e all'efficienza
- Mantenimento dello squilibrio territoriale

## Finanziamento per criteri standard

- Riattivato l'effetto della mobilità
- Pareggio di bilancio se produttivi ed efficienti
- Maggiore attenzione ai bisogni dei cittadini e all'efficienza
- Progressiva riduzione dello squilibrio territoriale

# Altri elementi della riforma in vigore

- Introduce l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi
- Accoppia gli ospedali spoke
- Non tocca le dimensioni dei distretti, ma ne descrive l'organizzazione
- Prevede le reti di patologia
- Chiarisce la questione autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali
- Rinforza la valorizzazione delle professioni sanitarie

# Cosa non sta funzionando con l'attuale assetto istituzionale?

- Sviluppo del territorio
- Ospedali hub e rispettivi spoke faticano a collaborare (problemi di opportunità, mandato, privacy, collaborazioni, ecc.)
- L'accentramento in EGAS di numerose funzioni di governo delle aziende (es. concorsi, gare, eccetera) deresponsabilizza i direttori delle aziende
- L'accentramento in DCS delle decisioni determina una sorta di delega dei direttori ad assumere le decisioni più scomode («è sempre colpa della Regione»)

# Quali possibilità?

## **Attuale assetto**

- 5 miste (2 integrate con l'università)
- 2 IRCCS (CRO e Burlo)
- 1 per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Un'azienda territoriale e 3 ospedaliere oppure ospedaliero-universitarie + 2 IRCCS

3 Aziende miste (con gli ospedali) delle quali 2 integrate con l'università + 2 IRCCS + 1 Azienda di Coordinamento

Azienda territoriale +  
ospedaliera

Aziende miste

- Direzione strategica
- Uffici e servizi amministrativi
- Certezza delle risorse per il territorio
- Investimenti
- Assegnazioni di personale
- Rapporti con gli erogatori privati
- Rapporto con i medici convenzionati
- Continuità assistenziale
- Mobilità
- Spostamento attività da ospedale a territorio

# La nuova riforma (LR 27/2018)

- Introduce un livello di coordinamento fra la direzione centrale salute (DCS) e gli Enti del SSR che erogano le prestazioni ai cittadini
- La DCS svolge compiti di indirizzo e di vigilanza sull'Azienda regionale di coordinamento per la salute e, per il tramite della stessa, sugli altri enti del Servizio sanitario regionale.
- Porta le aziende sanitarie da 5 a 3.
- Ospedali Hub e Spoke sono inseriti nella stessa azienda.
- I distretti possono coincidere con uno o più ambiti.



# Azienda regionale di coordinamento per la salute (art. 4 comma 3)

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), in favore della Direzione centrale di cui al comma 1, assicura compiti di carattere tecnico specialistico, per la **definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria** e, a tal fine, fornisce **supporto alla stessa per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del sistema di valutazione e degli obiettivi degli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale.**

# L'ARCS

- Gestione sanitaria accentrata
- Supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi
- Gestione accentrata di funzioni amministrative e logistiche
- Gestione del rischio clinico e valutazione della qualità
- Misurazione degli esiti
- Valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie
- Valutazione degli investimenti
- Governo clinico regionale

- Attivazione, coordinamento e controllo delle reti cliniche
- Coordinamento delle iniziative di formazione e di valorizzazione delle molteplici figure professionali, anche tecnico-amministrative, operanti nei settori sanitario e sociosanitario
- Coordinamento delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Coordinamento delle azioni di sanità veterinaria
- Coordinamento della gestione delle tecnologie sanitarie

- Coordinamento del sistema informatico del SSR, anche ai fini del suo sviluppo
- Health technology assessment
- Coordinamento e controllo del sistema informativo, anche ai fini del suo sviluppo, ivi compresi i flussi ministeriali
- Struttura di osservazione epidemiologica a supporto della pianificazione regionale
- Struttura di programmazione attuativa
- Struttura di controllo di gestione
- Monitoraggio e vigilanza sugli enti

# Ulteriore revisione dell'assetto istituzionale del Friuli Venezia Giulia

## Attuale assetto

- 5 miste (2 integrate con l'università)
- 2 IRCCS (CRO e Burlo)
- 1 per la gestione accentrata dei servizi condivisi

8

## Proposta di riassetto

- 3 miste (2 integrate con l'università)
- 2 IRCCS (CRO e Burlo)
- 1 con funzioni di coordinamento e centralizzazione

6

# Quali vantaggi ci si attende?

- Ridistribuzione delle attività fra i centri hub e spoke
- Presenza di specialisti negli ospedali spoke
- Centri hub meno intasati
- Percorsi di diagnosi e cura più fluidi
- Distretti più grandi con servizi maggiormente diffusi
- Percorsi per l'emergenza più appropriati
- Economie di scala
- Maggiore uniformità nell'erogazione dei servizi del territorio (minor numero di aziende e coordinamento centrale)

**FINE**