

## “Il nuovo assetto istituzionale e la riorganizzazione dei livelli d’assistenza”

Dott. Giuseppe Tonutti

- Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018  
«Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale»
- Legge regionale n. XX del 6 dicembre 2019  
«Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015»

- Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018  
«Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale»
- Legge regionale n. XX del 6 dicembre 2019  
«Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015»

## La legge 27/2018

- Introduce un livello di coordinamento fra la direzione centrale salute (DCS) e gli Enti del SSR che erogano le prestazioni ai cittadini
- Alla DCS spettano le funzioni di legislazione, pianificazione e controllo
- All'Azienda regionale per il coordinamento della salute (ARCS) spetta la programmazione attuativa e il coordinamento operativo fra gli Enti
- Ospedali Hub e Spoke sono inseriti nella stessa azienda

## 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 (EGAS)

8

### Assetto dal 1.1.2020

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

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 i diagnosi e cura più fluidi
- Percorsi per l'emergenza più appropriati
- Visibilità documentazione fra hub & spoke
- Economie di scala
- Maggiore uniformità nell'erogazione dei servizi del territorio (minor numero di aziende e coordinamento centrale)

- Legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018  
«Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale»
- Legge regionale n. XX del 6 dicembre 2019  
«Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015»

## Finalità

- Valorizzazione della centralità della persona e del ruolo della famiglia
- Governo della domanda ispirato ad appropriatezza, sicurezza delle cure e medicina di iniziativa
- Equità di accesso nell'ambito della libera scelta consapevole e responsabile delle persone;
- Partecipazione consapevole delle persone ai corretti stili di vita e ai percorsi di cura
- Rete dell'offerta dei servizi di assistenza che riconosce la sussidiarietà orizzontale
- Presa in carico in una prospettiva di integrazione clinico-assistenziale e sociosanitaria

## Integrazione socio-sanitaria

- Prospettiva di costante integrazione tra l'area sociale e quella sanitaria
- Modifiche alla LR 6/2006, per migliorare il raccordo tra gli strumenti di programmazione di ambito sociale e sociosanitario
- Produzione unitaria di salute e benessere mediante l'attuazione di percorsi assistenziali integrati orientati all'inclusione sociale
- Garanzia della presa in carico integrata delle persone con bisogni complessi da parte dei servizi sanitari e sociali competenti
- Valutazione multidimensionale dei bisogni terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona
- **Progetto personalizzato con budget integrato**

## Principio della personalizzazione

Riconfigurare l'intero sistema partendo dalla persona:

- con la sua famiglia
- con i suoi bisogni
- con le sue aspettative
- con le sue risorse
- nel suo ambiente di vita e di relazione
- protagonista delle scelte che la riguardano
- controllore delle risorse necessarie a sostenere i suoi percorsi di cura e inclusione

## Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- Vengono riconfigurati i dipartimenti di prevenzione in base al nuovo assetto istituzionale.
- Le strutture sono definite negli atti aziendali delle aziende.
- È aperta la possibilità che la Giunta regionale riveda l'organizzazione della prevenzione in una logica di dipartimento regionale, affidando la funzione a un unico ente.

## Assistenza distrettuale

Oggi ci sono numerosi distretti di piccole dimensioni

### VANTAGGI

- La coincidenza con l'ambito facilita l'integrazione sociosanitaria.
- È facilitato il rapporto con i medici di medicina generale
- La popolazione e gli enti locali hanno un punto di riferimento aziendale di prossimità

### SVANTAGGI

- Le strutture di produzione, troppo piccole, non sono in grado di assicurare la continuità di servizio.
- Manca il governo della domanda, che quindi è determinata dall'offerta
- Manca la presa in carico dei pazienti che devono affrontare una malattia, che quindi sono lasciati soli a mettere insieme il proprio percorso di cura

## Distretto

### OGGI

- Integrazione sociosanitaria
- Produzione

### DOMANI

- Integrazione sociosanitaria
- Presa in carico

E in forma aggregata fra più distretti

- Committenza
- Controllo
- Produzione

## Governo della domanda

### COMMITTENZA

- Analisi dei bisogni della popolazione di riferimento
- Definizione delle prestazioni necessarie a soddisfarli
- Acquisizione di servizi e prestazioni tramite accordi con gli erogatori
- Aggiornamento dei volumi di prestazioni in base ai tempi d'attesa

### CONTROLLO

- Verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza
- Monitoraggio della corretta applicazione degli accordi con gli erogatori
- Monitoraggio dei tempi d'attesa
- Verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali degli erogatori

## Governo dei processi

### CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- I percorsi di cura sono fatti da una sequenza di prestazioni necessarie a diagnosticare e curare la malattia, nonché a riabilitare la persona
- Non è sufficiente assicurare un'ottima prestazione, ma questa deve essere ben connessa con quella che viene prima e quella che viene dopo

### PRESA IN CARICO

- L'organizzazione deve farsi carico di mettere nella giusta continuità spaziale e temporale tutte le fasi di diagnosi e cura
- L'organizzazione deve farsi carico di condurre il paziente nel suo percorso assistenziale

## Il nuovo assetto

- Mantiene coincidenza con fra ambito e distretto
- Mantiene medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e infermieri di comunità nel distretto
- Potenzia i PUA (punti unici d'accesso)
- Semplifica le modalità di **accesso alle strutture intermedie**
- Inserisce le **farmacie convenzionate** a sistema che diventano «punti salute» distribuiti nel territorio
- Affida la funzione di **committenza, controllo e produzione ai distretti in forma aggregata fra loro**
- Attiva la **centrale operativa** aziendale come supporto ai distretti per il governo della presa in carico e della continuità assistenziale

## Relativamente all'assistenza primaria ...

- Spazio alla **medicina d'iniziativa** che si concretizza attraverso la presa in carico e la gestione delle informazioni cliniche
- **Meno elementi di struttura** (sedi unificate, orari, ecc.) e maggiore capillarità sul territorio per rispettare le diverse caratteristiche demografiche, epidemiologiche, geomorfologiche, di densità abitativa, che caratterizzano la nostra regione
- Presupposti per risolvere diverse situazioni di carenza del medico di medicina generale in alcuni comuni, attraverso un chiaro mandato da concretizzare nei tavoli di contrattazione regionale.

## Accesso alle degenze intermedie

- programmato, preceduto da una valutazione multi-dimensionale per i casi più complessi;
- programmato senza valutazione multi-dimensionale per casistiche omogenee e con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale;
- programmato su esclusiva valutazione del distretto;
- diretto dal pronto soccorso per alcune tipologie di utenza, con condivisione fra presidio ospedaliero e assistenza distrettuale.

## Farmacie come «punti salute»

- Distribuzione farmaci in convenzionata e per conto
- Consegna glucometri, loro taratura periodica, strisce e pungi-dito per diabetici
- Distribuzione di integratori alimentari e dispositivi monouso (sacchetti per stomie, cateteri, ecc.)
- Ricevimento, consegna e ri-consegna degli ausili riutilizzabili (es. carrozzine, deambulatori, ecc.)
- Ingaggio in progetti di promozione della vaccinazione
- Fornitura a domicilio di farmaci su pazienti selezionati
- Ingaggio in progetti di monitoraggio della compliance terapeutica
- Altro .....

## Dipartimenti delle dipendenze e della salute mentale

- Conservazione del modello attuale della salute mentale, basato sui Centri di Salute Mentale 24H e la forte azione domiciliare con **bacini d'utenza diversificati in base alla tipologia di territorio**
- Maggiore contributo delle risorse disponibili alle attività di presa in carico, alla realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, alla promozione dei processi di inserimento lavorativo e di sostegno abitativo e domiciliare, di contrasto alla marginalità
- Pur nel **rispetto delle autonomie professionali**, integrazione delle attività fra salute mentale e dipendenze per i casi che lo necessitano

## Centrale operativa per l'assistenza distrettuale

- trasporti secondari
- chiamate per la continuità assistenziale
- liste d'accesso alle residenze per anziani non autosufficienti;
- presa in carico dei problemi
- supporto all'aderenza terapeutica
- supporto a campagne vaccinali
- supporto ai programmi di promozione della salute
- informazione all'utenza
- Altro ...

## Esempi concreti (1)

- Oggi, in regione, oltre 2.000 ricoveri all'anno nei reparti di medicina riguardano pazienti che muoiono entro i primi 15 giorni; questo accade perché le modalità di accesso agli hospice sono incompatibili con le esigenze dei pazienti e dei loro familiari
- Domani il paziente che giungerà in pronto soccorso per venire a morire in ospedale potrà essere inviato direttamente in hospice dove troverà un ambiente più consono per sé ed i propri familiari

## Esempi concreti (2)

- Oggi un paziente al quale viene fatta una diagnosi per una patologia deve andare in cerca delle prestazioni di cui necessita, sbattendo spesso contro tempi d'attesa incompatibili con il percorso di cura
- Domani un paziente al quale verrà fatta una diagnosi per una patologia si rivolgerà al distretto e sarà cura del distretto organizzare la sequenza spaziale e temporale di tutte le tappe che caratterizzano il percorso di cura

## Esempi concreti (3)

- Oggi un paziente che necessita di un presidio sanitario (es. x stomia, incontinenza, ecc,) o che ha bisogno di un presidio di assistenza protesica (carrozzina, deambulatore, ecc.) deve rivolgersi al distretto in determinate giornate e fasce orarie
- Domani un paziente che necessiterà di un presidio sanitario (es. x stomia, incontinenza, ecc,) o che avrà bisogno di un presidio di assistenza protesica (carrozzina, deambulatore, ecc.) lo troverà nella farmacia vicina a casa negli orari di normale apertura al pubblico

## Esempi concreti (4)

- Oggi un paziente affetto da una patologia cronica può peggiorare silenziosamente e inconsapevolmente ed aggravare la propria condizione patologica per scarsa aderenza terapeutica o mancato monitoraggio.
- Domani un paziente affetto da una patologia cronica verrà preso in carico, verrà monitorata l'aderenza terapeutica grazie alla collaborazione con le farmacie, verrà invitato ai controlli, in modo da prevenire o ritardare l'aggravamento della propria patologia.

## Assistenza ospedaliera

Modello hub & spoke, con ospedali di base, di 1° e 2° livello e specializzati organizzati in una rete x azienda sanitaria, strutturata:

- in base alla specializzazione
- In base a livelli di complessità
- in relazione all'appropriatezza clinica ed organizzativa
- con differenziazione dell'offerta sanitaria
- con progressiva attuazione del DM 70/2015.

Il modello favorisce la **progressiva specializzazione delle attività nelle sedi dei presidi ospedalieri.**

## Reti

Al fine di rispondere alla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari della persona ed al fine di migliorare la presa in carico, il Servizio sanitario regionale sviluppa il modello organizzativo di assistenza basato sui **collegamenti in rete tra professionisti, strutture aziendali e servizi**.

Le reti professionali per patologia hanno anche il compito di integrare le attività dell'assistenza ospedaliera con le attività dell'assistenza distrettuale, ivi comprese quelle dell'assistenza sociosanitaria.

## Sistema emergenza urgenza

- La funzione di emergenza urgenza territoriale è assicurata dalle Aziende sanitarie
- L'omogeneità negli standard di servizio e l'integrazione delle attività di soccorso extra-ospedaliero è assicurata dall'ARCS
- Le Aziende sanitarie esercitano la funzione attraverso un'articolazione organizzativa funzionalmente afferente all'ARCS.

## Erogatori privati accreditati

- Possibilità per le aziende sanitarie di aumentare le risorse da destinare agli erogatori privati accreditati, sia per l'attività di ricovero che ambulatoriale:
  - Per abbattere i tempi d'attesa
  - Per contrastare la fuga extra-regionale
  - Fino al massimo del 6% del finanziamento
  - Nel rispetto del pareggio di bilancio

## Personale

- Carenza medici (possibilità di stipulare contratti libero professionali con medici in pensione)
- Avvio di gruppi inter-professionali per maggiore integrazione delle competenze fra medici e altre professioni sanitarie
- Sviluppo delle competenze e del ruolo delle professioni sanitarie
- Rilancio delle politiche che favoriscono il benessere organizzativo

## Processo di programmazione

Gli enti locali partecipano all'attività di pianificazione in campo sanitario e sociosanitario attraverso:

- Consiglio delle autonomie locali, a livello regionale (linee annuali per la gestione del SSR)
- Conferenza dei sindaci, a livello aziendale (piani attuativi locali delle aziende sanitarie)
- Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni, a livello di distretto-ambito (programma delle attività territoriali)

I tempi della programmazione annuale vengono anticipati in modo da consentire un effettivo coinvolgimento degli enti locali.

## Concludendo ....

- Integrazione dei sistemi sanitario e sociale e sviluppo del principio di personalizzazione
- Nuova governance dell'assistenza distrettuale e adozione di strumenti per concretizzare lo sviluppo del territorio
- Rete ospedaliera conservata, ma con sedi differenziate per mandato
- Regole per rendere la pianificazione e la programmazione annuale effettivamente partecipate

fine