

Introduzione alla riforma del Servizio Sanitario Regionale

Premessa

Alla data di insediamento della Giunta Serracchiani è stata fatta una ricognizione dello stato dell'arte dei principali adempimenti nazionali comunque propedeutici all'avvio di qualunque riforma; si è presentata una situazione caratterizzata da numerose criticità e ritardi.

In particolare:

- Attivazione rete delle cure palliative e terapia del dolore: ancora in fase di studio.
- Disturbo specifico di apprendimento (DSA): ancora in fase di studio.
- Disturbi spettro autistico: da sviluppare.
- Percorso nascita: da avviare l'attuazione delle linee di indirizzo previste.
- Procreazione medicalmente assistita (PMA): accordo con il Governo non ancora recepito.
- Salute mentale: accordo approvato dalla Conferenza Unificata, non ancora recepito.
- Accreditemento strutture sanitarie e socio sanitarie: non ancora avviato il procedimento per l'accreditemento definitivo delle strutture.
- Diabete: non ancora recepito accordo Stato-Regioni 6 dicembre 2012 sul documento recante «Piano per la malattia diabetica».
- Accordo collettivo nazionale MMG: manca la sottoscrizione di un Accordo integrativo regionale (AIR).
- Ricetta elettronica (DPCM 26/3/2008): situazione critica; 1% delle ricette in formato elettronico.
- Accordo Stato-regioni sul piano di indirizzo della riabilitazione (10/2/2011): manca la classificazione delle strutture di riabilitazione (alta specialità, intensiva ed estensiva) e la definizione dei PDTA delle patologie più frequenti che richiedono riabilitazione (ictus, malattie neurologiche, BPCO, cardiopatie ecc).
Rilevazione dei dati fisici e di spesa relativi all'assistenza primaria, attivata dall'AGENAS e dalla SISAC: nel corso del 2013 l'AGENAS e la SISAC, anche per corrispondere all'indirizzo formulato dalle Sezioni Riunite della Corte dei Conti, hanno attivato in tutte le Regioni una rilevazione congiunta sui dati fisici e sui dati di spesa derivanti dall'ACN e dagli Accordi Integrativi Regionali dei MMG. E' emerso che questa Regione era l'unica a non aver ancora dato riscontro formale a tale richiesta e pertanto si sta procedendo alla raccolta dei dati richiesti, che dovranno essere verificati e validati prima della trasmissione formale con le modalità richieste.
- Sistemi dei controlli per le prestazioni socio sanitarie: da rivedere.
- Aggiornamento tariffario al DM 18.10.2012, DRG e specialistica: da fare.
- Definizione dei LEA armonizzazione bilancio al D.Lsg 118 , 23.6.2011, art 20 trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse per i singoli servizi: da fare.

L'Assessorato alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, fin dal maggio 2013, anche attraverso la Direzione centrale salute, ha avviato linee di lavoro prioritarie per risolvere queste problematiche aperte, anche attraverso numerosi tavoli di lavoro con i rappresentanti delle professioni interessate. In particolare:

- E' stato rimodulato il sistema gestionale allocando le risorse con il sistema dei costi standard, che ha permesso di evitare la politica dei tagli lineari (Linee di gestione SSR 2014).
- E' stata deliberata la Centrale Unica Regionale 118 (che permetterà di omogeneizzare il sistema dell'emergenza su tutto il territorio regionale).
- E' stata deliberata la riorganizzazione del Centro Regionale Trapianti (che consentirà di attuare le reti di patologia connesse ai trapianti).

- E' stato avviato l'iter per la definizione dei requisiti minimi per i servizi semiresidenziali e delle residenze per anziani (nel dicembre 2013 è stato deliberato l'elenco delle strutture residenziali per anziani regolarmente autorizzate al funzionamento e operanti sul territorio regionale).
- E' stato avviato il percorso di riorganizzazione territoriale in alcune Aziende, laddove già possibile (es.: presidio di Maniago).

Osservazioni conseguenti all'analisi epidemiologica

- La struttura della popolazione mostra una rilevante quota di anziani, che si prevede in crescita nei prossimi decenni in ragione dell'aumento dell'aspettativa di vita e della diminuzione relativa ed assoluta della popolazione giovane.
- La natalità è bassa, l'indice di fecondità della popolazione autoctona è molto lontano da quello di ricambio. La crescita naturale è negativa e viene solo parzialmente compensata da quella migratoria che però è fortemente legata ai cicli economici nazionali.
- Le politiche demografiche sino ad ora attuate non si sono dimostrate adeguatamente efficaci e questo sbilanciamento nell'equilibrio di sostituzione rappresenta il primo problema sanitario e sociale di un territorio.
- A causa dell'invecchiamento della popolazione e dei progressi nei processi di diagnosi e cura delle malattie, aumenterà il numero di persone viventi con malattie croniche.
- L'evidenza di letteratura associa in maniera solida l'impoverimento socioeconomico ai livelli di salute indipendentemente dall'offerta sanitaria per acuti. Anche da questo punto di vista il ciclo economico attuale non è confortante.
- Diventeranno quindi rilevanti i problemi di salute legati alla condizione socio-sanitaria, alla gestione della cronicità nelle sue componenti assistenziali di prevenzione delle ricadute degli episodi acuti e della stabilizzazione dell'equilibrio del paziente con metodiche efficaci ma a costi sostenibili.
- Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio ed i tumori; la letteratura scientifica attualmente disponibile indica chiaramente la plurifattorialità dell'eziopatogenesi di questa costellazione di patologie e mostra con solida evidenza l'opportunità sanitaria ed economica di un approccio proattivo e preventivo tanto all'insorgenza delle patologie e che alla loro gestione una volta instauratesi.
- Il controllo dei principali fattori di rischio (ipertensione, obesità, stili di vita in genere, attitudine all'adesione ai programmi di prevenzione ecc.) implicati nell'insorgenza di queste patologie rappresenta il secondo tema centrale attinente alla salute in un territorio. I risultati nella nostra regione sono discreti ma non confortanti alla luce del quadro demografico ipotizzato nel medio periodo.
- Poiché i principali problemi che si dovranno affrontare nei prossimi anni sembrano maggiormente legati alla cronicità più che all'acuzie, la strutturazione dell'offerta sanitaria del sistema regionale dovrebbe essere orientata alla proattività territoriale e allo sviluppo coerente delle cure primarie .
- La gestione dell'acuzie, vista anche la dimensione della popolazione regionale, rappresenta un tema meno significativo anche se dal punto di vista organizzativo deve essere affrontato il problema di conciliare la qualità delle cure in acuzie, con l'equità all'accesso e la compatibilità economica in un territorio equivalente a tre quartieri di una città italiana maggiore ma con caratteristiche socio-culturali ed economiche assai complesse.

Perché una riforma per la sanità della nostra regione?

Con la Legge Regionale n.17/2013 sono stati delineati le finalità e i principi per la riforma del SSR che in primo luogo mette al centro le esigenze del cittadino, con il preciso obiettivo di una revisione del sistema che miri a rimodulare il servizio sanitario sulla base delle mutate esigenze della popolazione.

La riforma della sanità nella nostra regione ha quindi il principale obiettivo di porre **il cittadino al centro del sistema salute che implica anche il suo coinvolgimento attivo nella gestione della salute.**

Per ragionare e decidere sulla spesa sanitaria va fatta una premessa: nei paesi industrializzati, **umentare la spesa sanitaria non significa affatto ottenere un miglioramento di salute. La sanità è infatti solo uno dei determinanti della salute e tutti gli studiosi concordano che il suo effetto è minore rispetto agli altri (stile di vita, ambiente socio-economico, patrimonio genetico).** Per un paese avanzato come l'Italia i dati mostrano che spesso aumenti di spesa sanitaria garantiscono solo le logiche interne della sanità; hanno effetti trascurabili sulla salute e anzi sono oggettivo ostacolo alle esigenze di cambiamento, garantendo l'assetto vigente, cioè una composizione dimensionata su vecchie esigenze di salute e sulla tutela di corporazioni e interessi concentrati.

Riformare vuole dire cambiare e il cammino sulla strada del cambiamento è sempre difficile e irto di ostacoli che sono rappresentati da coloro che vogliono fortemente mantenere situazioni esistenti per il timore di perdere ruoli e privilegi che nulla hanno a che fare con la salute dei cittadini.

Una riforma quindi può viaggiare solo sulle gambe di coloro (fortunatamente tanti) che hanno voglia di mettersi in gioco e di affrontare il cambiamento con lo spirito di innovazione che è indispensabile per stare al passo con i tempi che cambiano .

Ebbene oggi il sistema salute della nostra Regione è fortemente condizionato da un contesto che in questi ultimi anni ha subito una vorticoso evoluzione. Se fino a quindici dieci anni fa parlare di sanità evocava immediatamente l'immagine di un reparto ospedaliero, di una sala operatoria , di una struttura Ospedaliera, alla quale si faceva ricorso per il problema acuto che si evidenziava, subiva un trattamento e poi si concludeva, oggi ha aspetti multidimensionali diversificati e soprattutto molto spesso con caratteristiche non di temporaneità ma di perduranza nel tempo. Oggi questa è definita cronicità, fenomeno conseguente all'allungamento della vita che nella nostra regione è ancora più evidente stante la sua collocazione al 2° posto nel Paese per la longevità.

I fattori che maggiormente influiscono sul cambiamento del contesto sono :

invecchiamento della popolazione

modifiche del quadro epidemiologico

innovazione in medicina ed in ambito tecnologico e scientifico

sostenibilità economica del sistema

Oggi il cittadino pone domande sempre più variegata e complesse **e necessita di interlocutori affidabili e soprattutto che lo aiutino ad orientarsi nel panorama complesso del Servizio Sanitario.**

Contestualmente il cittadino chiede e si attrezza sempre più per assumere tutte le informazioni che lo mettano nelle condizioni di essere curato al meglio e con risposte specifiche per domande specifiche.

Con la legge Regionale n.17/2013 sono stati delineati le finalità e i principi per la riforma del SSR che in primo luogo mette al centro le esigenze del cittadino, con il preciso obiettivo di una revisione del sistema che miri a rimodulare il servizio sanitario sulla base delle mutate esigenze della popolazione.

La Riforma dovrà garantire ai cittadini

il mantenimento di un alto livello dei servizi

equità

informazione e coinvolgimento

una presa in carico del paziente in ogni momento del percorso di cura

l'attivazione di reti integrate per garantire la massima efficacia dei servizi

la gestione efficace delle risorse per eliminare gli sprechi e potenziare i servizi realmente necessari

La metodologia di coinvolgimento dei professionisti

Sono stati costituiti i primi 10 gruppi di lavoro con l'obiettivo di condividere e definire gli aspetti tecnici relativi alle specifiche materie. In tutto sono stati coinvolti circa 80 professionisti della regione rappresentativi di discipline e realtà geografiche e aziendale

Il risultati dei lavori dei gruppi sono in fase conclusiva , si prevede la redazioni dei documenti tecnici finali per la prima metà di maggio. I documenti costituiranno elementi utili per la valutazione e proposta all'organo politico.

Sulla proposta politica saranno coinvolti i diversi interlocutori e la Consulta prevista dalla legge 17 /2013.

La riorganizzazione di un sistema complesso come la sanità richiede che avvenga secondo un quadro o modello di riferimento che prima definisca e poi espliciti i principi, le strategie, le dimensioni tecniche, per quanto possibile, dei problemi e degli indicatori da utilizzare.

Mutuando , quindi , da consolidati modelli teorici, come il prestigioso Institute for Health Care Improvement , abbiamo seguito una analisi conoscitiva della situazione percorrendo le tre dimensioni (Triple aim) indicate:

- **Stato di salute della popolazione** (indicatori di benessere, carico di patologie, fattori di rischio comportamentali e fisici,)
- **Esperienze di assistenza socio-sanitaria dei cittadini** (esiti, eventi avversi, indicatori di sicurezza delle cure, soddisfazione dei cittadini, ecc.)
- **Costi pro capite** (costi totali per il cittadino, tassi di utilizzazione, costi degli ospedali e dei servizi di assistenza primaria, sostenibilità economica dei servizi sia dal punto di vista delle risorse umane ,tecnologiche e strutturali disponibili ed equità di accesso agli stessi,)

In sintesi, queste tre dimensioni sono state esplorate nel documento che segue.

Il nuovo sistema sanitario dovrà focalizzarsi e caratterizzarsi sulla elevata qualità, sui migliori outcomes, sulla più estesa soddisfazione dei cittadini e sulla sostenibilità economica. Questi valori sono richiesti all'intero sistema sanitario per assicurare i migliori risultati per ogni euro che viene speso o investito per la salute.

È chiaro che questo approccio richiede una profonda revisione del sistema sanitario regionale che dovrà muoversi secondo nuove modalità operative, mutando operatività e meccanismi quotidiani sia dei professionisti che delle procedure amministrative. Quello che più dovrà cambiare in questa prospettiva di **una sanità di valore** è la modalità operativa della presa in cura e della continuità delle cure del cittadino da parte di un gruppo professionale, o team ,(non dal solo singolo professionista) superando la semplice gestione specialistica o del

singolo servizio . Le conseguenze organizzative sono rilevanti da tutti punti di vista: organizzative, professionali, informatiche ed istituzionali.

Un altro aspetto nuovo e rilevante della riforma del SSR sarà il coinvolgimento dei pazienti/cittadini soprattutto quelli con patologie croniche, e riguarderà nello specifico le seguenti tappe:

- **Informare il cittadino, tramite la messa a disposizione di dati e di altri supporti informativi**
- **Ingaggiare il cittadino con accesso ai suoi dati FSE, alle modalità amministrative per curarsi, riducendo il ricorso inutile agli uffici**
- **Dare autonomia al cittadino di comunicare con i servizi ed erogatori**
- **Diventare partner con i servizi e l'assistenza avviene senza filtri partecipando alla co-gestione della malattia utilizzando gli stessi dati e formati dei medici**
- **Supportare la comunità rendendo conto dell'assistenza erogata centrata sul paziente a domicilio, mettendo a disposizione una struttura e degli strumenti informatici per comunicare e gestire il paziente.**

La Trasparenza in sanità è fondamentale, non solo per gli aspetti connessi all'uso accurato ed efficiente delle risorse da parte degli amministratori , ma è ancor più rilevante per il cittadino/paziente conoscere gli aspetti degli esiti delle prestazioni del servizio, della equipe e del professionista cui si rivolge, il livello di soddisfazione dei pazienti curati. E' oramai ampiamente consolidato il fatto che la corretta conoscenza di questi elementi costituiscono il vero motore di cambiamento dei nostri sistemi sanitari.

Il supporto indispensabile per realizzare queste profonde trasformazioni è, oltre ai cambiamenti organizzativi e culturali, lo sviluppo di un sistema informatico ed informativo orientato al paziente/cittadino.

Assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale

Diventa necessario riconsiderare dopo più di 20 anni dal 502/517 del 1992 e della legge R. n 13 del 1994 aggiornare l'impianto istituzionale delle aziende sanitarie .

L'attuale assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale è molto disomogeneo e dispersivo, constando di 11 aziende fra territoriali, miste, ospedaliere, ospedaliero-universitarie o IRCCS. 11 direzioni generali (1 ogni 110.000 abitanti) producono un'eccessiva burocratizzazione del sistema con un importante consumo di risorse per sostenere i relativi uffici di staff e le strutture tecniche e amministrative indispensabili per far funzionare l'azienda. Tutto ciò crea frammentazione organizzativa e disomogeneità anche sul versante sanitario, situazione che va a scapito dei servizi rivolti ai cittadini.

Tenendo conto dei vincoli legislativi nazionali , si prevede di organizzare l'erogazione dei servizi socio-sanitari alla popolazione del FVG tramite una ridefinizione istituzionale che superi la diarchia organizzativa dell'erogatore ospedaliero Azienda ospedaliera nelle sue diverse forme (integrata con università e semplice) e di quello territoriale nella semplice veste di committente. Infatti, le esperienze di queste fattispecie organizzative non hanno favorito la necessaria integrazione , oramai irrinunciabile, dei percorsi assistenziali sempre più complessi in una popolazione con valori piuttosto elevati di malattie croniche. Infatti il modello evolutosi culturalmente alla fine degli anni 80 e poi legislativamente attuato nel 1992 risponde più ad un modello di organizzazione efficientistica prevalentemente orientata alla cura di patologie acute e mono-specialistiche.

Partendo dal presupposto che la malattia "non ha tempo" e che i servizi che si occupano della salute del cittadino, sia a livello ospedaliero che di assistenza primaria, devono essere assicurati 24 ore, 7 giorni su 7, è necessario rivedere l'intera rete di offerta armonizzandola ed orientandola verso questo obiettivo.

Pertanto, se l'organizzazione dei servizi socio-sanitari alla persona dovrà essere fortemente integrato tra ospedale e assistenza primaria, anche il livello manageriale e gli organi istituzionali di conseguenza dovranno essere coerenti con il modello assistenziale per facilitarne la necessaria realizzazione dell'obiettivo.

Anche laddove esiste il percorso formativo universitario per la scuola medica fino ad ora identificatosi nelle sedi di Udine e di Trieste con le Aziende Ospedaliere, si integrerà con il territorio di afferenza della città, senza peraltro far venir meno, anzi rafforzandone il ruolo formativo completo dei futuri professionisti.

Ciò premesso si prevede quanto segue :

il territorio regionale viene suddiviso in 5 entità territoriali ciascuna comprensiva di una rete ospedaliera di riferimento con 3 ospedali ad elevata specializzazione (Pordenone, Trieste e Udine) che fungono da hub per l'area di riferimento territoriale ed extra-territoriale: 5 enti dotati di autonomia giuridica per l'erogazione di servizi socio sanitari, denominati ENTI per l'ASSISTENZA SANITARIA (EAS) riassunti in:

- EAS 1 Triestina, con popolazione di circa 240.000, che nasce dalla fusione di ASS1 e AOUPS.
- EAS 2 Isontina e Bassa Friulana, con popolazione di circa 255.000 abitanti, che nasce dalla fusione di ASS2 e ASS5.
- EAS 3 Friuli montano e collinare con popolazione di circa 175.000 abitanti che nasce dalla fusione dell'ASS3 con il territorio degli ambiti di San Daniele (quindi anche l'ospedale) e Tarcento
- EAS 4 Medio Friuli con popolazione di circa 250.000 abitanti nasce dalla fusione dell'AOUPS con l'ASS4 (compreso l'ospedale Gervasutta ed esclusi i territori degli ambiti di San Daniele e Tarcento).
- EAS 5 Pordenonese con popolazione di circa 315.000 abitanti che nasce dalla fusione di ASS6 e AOPN.

Gli IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e Centro di riferimento oncologico di Aviano si integreranno con le EAS.

Un'agenzia per i servizi centralizzati, dotata di autonomia giuridica, per la gestione accentrata delle funzioni tecnico-amministrative per gli acquisti di beni e servizi sanitari e non, la logistica di magazzino, la gestione amministrativa del personale e lo svolgimento da stazione appaltante dei lavori pubblici per i 5 EAS, nonché di supporto alla programmazione regionale nei settori dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza primaria, della prevenzione, dell'epidemiologia, dei servizi informativi e del welfare.

La modalità organizzativa che l'Agenzia adotterà sono quelle specifiche del comparto della sanità, costituita dalla direzione generale ai sensi del 502/92, art. 3 e da direttori di area.

A questo ente potrebbero inoltre essere affidate le funzioni uniche di tipo sanitario come il centro trapianti o il Cefomed.

Per ciascun Ente viene istituita una Direzione generale costituita dal Direttore Generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore (coordinatore) servizi sociali, che avrà come missione specifica di perseguire la migliore assistenza adoperandosi specificatamente nella definizione, attuazione dei percorsi assistenziali più efficaci e di dimostrata evidenza; i fattori produttivi necessari per il regolare funzionamento degli Enti la Direzione generale li acquisisce dall' Agenzia.

Il personale della Agenzia che svolgerà per intero le funzioni attribuite, ancorché collocato presso gli Enti per garantire la attività ordinaria di base sono dipendenti a tutti gli effetti della medesima.

La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia svolge funzioni di alta direzione a supporto dell'Assessorato nel settore della programmazione sanitaria e sociale, nella allocazione delle risorse. Nello specifico, sono di competenza la predisposizione dei provvedimenti relativi al finanziamento agli Enti e all'Agenzia, alla programmazione socio-sanitaria, all'attività di vigilanza sugli enti del SSR e di ogni altro atto necessario al buon funzionamento del SSR.

La riorganizzazione delle attività gestionali dell'intero sistema sanitario non comporterà aumenti di costi anzi dovrà nel tempo produrre un'anz maggiore efficienza del sistema nel suo complesso.

Revisione della rete ospedaliera

La riforma della sanità passa inevitabilmente dalla revisione della rete ospedaliera della Regione, ciò in ragione dei seguenti aspetti:

- L'imponente riduzione dell'attività di ricovero, sia in termini di quantità che di durata della degenza, che è avvenuta nell'ultimo ventennio, non è stata accompagnata dalla riconversione di alcuna struttura ospedaliera, anzi la legge di riforma del Servizio sanitario regionale del 1995 non è stata nei fatti attuata compiutamente.
- La cronicità, che rappresenta il problema emergente, anzi ormai già emerso, non si dovrebbe trattare in ospedale, cosa che attualmente avviene nella maggior parte dei casi.
- Gli standard previsti dal decreto Balduzzi assegnano determinati bacini d'utenza, in base alla tipologia d'ospedale, e prevedono il mantenimento dei reparti a condizione che siano rispettati alcuni requisiti.
- La presenza di tanti presidi ospedalieri favorisce atteggiamenti di concorrenzialità insana che sfocia nell'accaparramento dei casi, con il risultato di disseminare in troppe strutture casistiche che, per motivi di sicurezza e di miglioramento degli esiti, andrebbero concentrate. I dati emersi dal programma nazionale di valutazione degli esiti rendono evidente che in regione soffriamo di frammentazione delle casistiche per presenza di troppe strutture.

La necessità di rivedere l'attuale rete ospedaliera, pertanto, non può essere vista solo come necessità di ridurre i costi del sistema, bensì come opportunità per mettere in sicurezza la rete ospedaliera, compattandola perché è cambiata la modalità di fare assistenza a determinate categorie di pazienti, in particolar modo i cronici.

Fotografia della situazione attuale

La rete ospedaliera è ancora basata ed organizzata sul modello della malattia acuta, mentre la prevalenza dei malati è affetta da patologia cronica con comparsa di eventi acuti, pertanto, rispetto al passato, è sempre più necessario garantire la continuità assistenziale. In generale, i ricoveri riguardano per una percentuale superiore al 60% i pazienti con età maggiore di 65 anni affetti da poli-patologie, a volte fragili, e non solo patologie specifiche d'organo affrontabili da singole specialità.

Le tabelle sotto riportate descrivono la situazione attuale dell'offerta ospedaliera di posti letto per acuti e per riabilitazione, rispetto al valore di 3,0 x mille e 0,7 x mille che costituisce lo standard di riferimento nazionale, inoltre sono indicati gli attuali tassi di ospedalizzazione rispetto al valore di 140 x mille che costituisce il valore di riferimento al quale tendere. I valori contengono i posti letto ora classificati come post-acuzie e non tengono conto della quota di posti letto delle RSA che sono dedicati alle attività di riabilitazione.

Posti letto x Area Vasta	TOTALE		ACUTI		RIABILIT LUNGODEG	
	PL	PL x 1000 abitanti	PL	PL x 1000 abitanti	PL	PL x 1000 abitanti
Giuliano Isontina (AVGI)	1.690	3,90	1.535	3,54	155	0,36
Udinese (AVUD)	2.213	3,82	2.005	3,46	208	0,36
Pordenonese (AVPN)	1.184	3,68	1.135	3,53	49	0,15
Totale	5.087	3,81	4.675	3,50	412	0,31

Tasso di ospedalizzazione per Area Vasta	Ricoveri di residenti in Ospedali Regionali	Ricoveri di residenti in Ospedali Extra Regione	Residenti ricoverati	Ricoveri x 1000 abitanti (pesati)	Ricoveri x 1000 ab (31-12-2011)
Giuliano Isontina	59.175	3.865	63.040	145,44	164,97
Udinese	76.022	5.351	81.373	140,30	150,28
Pordenonese	42.503	5.183	47.686	148,25	151,24
Totale	177.700	14.399	192.099	143,88	155,05

La frammentazione organizzativa determina in numerosi presidi ospedalieri casistiche limitate con forti difficoltà a gestire malattie complesse, soprattutto quando poco frequenti, per assenza di una rete chiara ed esplicita. La dispersione della casistica si evidenzia in particolare nel trattamento dei pazienti chirurgici, soprattutto oncologici; a titolo di esempio viene inserita la tabella di distribuzione fra gli ospedali della regione degli interventi per neoplasia del colon-retto e della mammella (per il 2013 sono indicati i valori del primo semestre), patologia per la quale è dimostrato che centri e professionisti che eseguono un numero troppo basso di interventi chirurgici per anno (sotto i 50 casi/anno per il colon-retto e i 150 casi/anno per la mammella) producono esiti peggiori. Tabelle analoghe possono essere prodotte per le neoplasie dell'ovaio, dell'esofago, del pancreas, dello stomaco, ecc.

Struttura	Numero interventi colon-retto		
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*
OSPEDALE DI GORIZIA	37	42	26
OSPEDALE DI MONFALCONE	51	60	25
OSPEDALE DI GEMONA DEL FRIULI	18	9	
OSPEDALE DI TOLMEZZO	39	48	15
OSPEDALE DI SAN DANIELE DEL FRIULI	56	69	26
OSPEDALE DI LATISANA	42	40	16
OSPEDALE DI PALMANOVA	37	47	24
OSPEDALE DI TRIESTE	181	182	79
OSPEDALE DI UDINE	188	152	69

OSPEDALE DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO	32	31	13
OSPEDALE DI SPILIMBERGO	20	13	4
OSPEDALE DI PORDENONE	102	88	41
CASA DI CURA - CITTA' DI UDINE	37	30	12
CASA DI CURA - SAN GIORGIO DI PORDENONE	18	7	4
CASA DI CURA - SALUS DI TRIESTE	10	13	4
CASA DI CURA - SANATORIO TRIESTINO	11	10	2
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO – AVIANO	74	68	37
IRCCS BURLO-GAROFOLO		1	
	949	910	397

Struttura	Numero interventi mammella		
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013*
OSPEDALE DI GORIZIA	97	107	54
OSPEDALE DI MONFALCONE	12	12	3
OSPEDALE DI GEMONA	9	11	2
OSPEDALE DI TOLMEZZO	41	36	23
OSPEDALE DI SAN DANIELE	58	62	26
OSPEDALE DI LATISANA	49	55	28
OSPEDALE DI PALMANOVA	20	20	11
OSPEDALE DI TRIESTE	142	160	77
OSPEDALE DI UDINE	372	350	184
AORP - S.VITO AL TAGLIAMENTO	44	36	21
AORP - SPILIMBERGO	2	2	1
AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI	138	117	73
CASA DI CURA - CITTA' DI UDINE	78	60	32
CASA DI CURA - S. GIORGIO	35	17	9
CASA DI CURA - SALUS	3	1	
CASA DI CURA - SANATORIO TRIESTINO	81	74	41
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIANO	369	348	187
	1550	1468	772

Il piano esiti dell'AGENAS ha messo in luce importanti differenze di trattamento e di opportunità per i pazienti colpiti da infarto STEMI; il trattamento di tale patologia è differente in base al luogo di insorgenza dell'evento ed al conseguente affidamento ad una delle strutture ospedaliere presenti nel territorio regionale. In particolare, la percentuale di accesso alle procedure interventistiche di emodinamica per l'infarto STEMI è significativamente superiore per i casi afferiti direttamente agli ospedali dotati di emodinamica rispetto agli altri. Ciò evidenzia la necessità di procedere tempestivamente con la costituzione delle reti regionali per le patologie tempo dipendenti (infarto, ictus e trauma), percorso avviato con la costituzione delle centrale operativa 118 unica regionale.

Relativamente all'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero, possono essere migliorati alcuni aspetti spingendo ancor più sull'utilizzo del day surgery e del day hospital e sui percorsi integrati; inoltre in regione non è ancora stato attivato in modo sistematico il day service con conseguente ricorso improprio all'effettuazione di ricoveri in day hospital diagnostici. Infine può essere ancora migliorato il dato dei ricoveri a potenziale rischio di inappropriata, soprattutto per alcune patologie quali ad esempio lo scompenso cardiaco, il diabete o la BPCO (relazione epidemiologica).

L'indifferenziazione di mandato fra le strutture ospedaliere non permette di disciplinare i flussi dei pazienti con conseguenti interferenze tra attività urgenti e programmate, ciò anche in considerazione dello scarso sviluppo di un'organizzazione orientata per tipologia di attività ed intensità delle cure, anche perché difficilmente realizzabile in presenza di casistiche troppo ridotte.

La presenza di 17 sedi ospedaliere dotate di pronto soccorso produce attività di ricovero in regime d'urgenza con servizi, in alcune situazioni, solo teoricamente in grado di accogliere e gestire in sicurezza tale tipologia di pazienti; di fatto non tutti sono organizzati per rispondere efficacemente al paziente acuto, solitamente multi-patologico e pertanto complesso nella gestione diagnostica e terapeutica. Inoltre, tale frammentazione organizzativa riduce il flusso dei pazienti per singolo servizio di pronto soccorso al di sotto dei 20.000 accessi, valore considerato standard nazionale minimo per il mantenimento del servizio con livelli di qualità ed efficienza adeguati.

Sede di Ps	N accessi			pz/die			
	2011	2012	2013*	2011	2012	2013*	
ASS 2	Gorizia	22.595	22.652	18.958	61,9	62,1	51,9
	Monfalcone	27.999	27.841	25.213	76,7	76,3	69,1
	Grado	3.818	3.198	3.126	10,5	8,8	8,6
ASS 3	Tolmezzo	17.174	16.675	15.008	47,1	45,7	41,1
	Gemona	16.132	14.866	12.297	44,2	40,7	33,7
ASS 4	S Daniele	29.664	28.581	23.634	81,3	78,3	64,8
ASS 5	Palmanova	24.695	25.391	21.351	67,7	69,6	58,5
	Latisana	25.097	26.009	22.339	68,8	71,3	61,2
	Lignano (estivo)	4.161	4.136	3.786	11,4	11,3	10,4
AOUUD	Udine	60.863	59.936	50.657	166,7	164,2	138,8
	Cividale	15.673	10.744	9.146	42,9	29,4	25,1
AOOUTS	Pediatrico	11.244	15.408	12.967	30,8	42,2	35,5
	Cattinara	23.341	46.051	37.607	63,9	126,2	103,0
AO PN	Maggiore	47.915	21.710	17.684	131,3	59,5	48,4
	Pordenone	54.140	50.597	42.772	148,3	138,6	117,2
	Pordenone pediatrico	12.000	13.657	11.824	32,9	37,4	32,4
	San Vito al Tagliamento	21.495	22.570	18.983	58,9	61,8	52,0
	Spilimbergo	10.192	9.785	8.246	27,9	26,8	22,6
	Maniago	5.939	5.563	4.860	16,3	15,2	13,3
Burlo	Sacile	6.592	6.700	5.896	18,1	18,4	16,2
Burlo	BURLO	21.187	21.563	18.166	58,0	59,1	49,8
Totale FVG		467.301	458.735	389.153	1.280,28	1.256,81	1.066,17

* dati da gennaio a 31/10/2013

L'attuale distribuzione dei punti nascita non permette di assicurare livelli di sicurezza minimi, con aumento dei rischi sia per la madre che per il bambino. Gli standard previsti a livello nazionale ed internazionale determinano in almeno 1.000 parti all'anno la sostenibilità in sicurezza delle strutture. Si riporta in tabella l'organizzazione attuale.

	2011	2012	2013
Trieste	1.796	1.805	1.642
Gorizia	349	345	278
Monfalcone	495	503	468
Latisana	453	482	446

Palmanova	849	804	820
San Daniele	1.127	1.133	1.003
Tolmezzo	496	532	524
Udine	1.661	1.632	1.673
Pordenone	1.146	1.091	1.057
Casa di Cura San Giorgio (PN)	812	745	750
San Vito al Tagliamento	782	809	796
TOTALE	9.966	9.881	9.457

Anche per le Pediatrie il discorso è analogo. La tabella mette in luce la ridondanza di strutture di ricovero ordinario rispetto alla casistica, con presenze medie di ricoverati attorno alle 50 unità che non raggiungono neppure le 4 unità per struttura a fronte di una disponibilità complessiva di 94 PL ordinari.

	2011	2012	2013
Trieste	12,5	11,9	12
Gorizia	0,9	0,6	1,1
Monfalcone	2,2	1,6	1,8
Latisana	2,5	2,4	2,3
Palmanova	3,1	2,5	2,7
San Daniele	4	3,3	3,5
Tolmezzo	3,4	3,1	3,4
Udine	10,1	8,6	9,6
Pordenone	11,7	11,3	12,9
San Vito al Tagliamento	2,9	3,4	3,2
TOTALE	53,3	48,9	52,6

L'offerta organizzativa di Laboratorio analisi risente della programmazione oramai datata, che prevedeva per ogni sede ospedaliera la presenza di un servizio completo. L'evoluzione tecnologica ed informatica avvenuta nel corso degli ultimi anni rende possibile la centralizzazione della fase analitica presso gli ospedali di 1° o 2° livello, in organizzazione dipartimentale con le altre discipline di medicina di laboratorio (microbiologia ed anatomia patologica.) e conseguente aumento dell'efficienza (abbattimento ipotetico di circa il 50% dei costi) e della qualità diagnostica, senza minimamente incidere sui servizi di front office con l'utenza, anzi oltre a garantire gli attuali punti di prelievo, se necessario, potranno essere ulteriormente potenziati.

Oltre all'inefficienza di sistema sopra descritta, l'attuale organizzazione ospedaliera accompagnata al modello istituzionale che prevede per molte realtà la distinzione fra aziende ospedaliere ed aziende territoriali, determina setting assistenziali diversi con disomogeneità di trattamento dei pazienti in base al modello istituzionale presente nell'area di riferimento, frammentazione operativa che spesso si traduce in difficoltà culturale a lavorare in team sia all'interno della rete ospedaliera che con i servizi di assistenza primaria; ciò produce duplicazione di accertamenti, diagnosi e terapie talvolta o spesso discordanti con esiti clinici non omogenei.

Presso gli ospedali di Udine, Trieste e Pordenone-CRO sono presenti numerose duplicazioni di strutture che, oltre a frammentare inutilmente l'organizzazione, comportano il mancato rispetto degli standard di riferimento nazionale per i quali sono previsti determinati bacini d'utenza per ogni tipologia di disciplina.

Strategia

Per ovviare ai problemi sopra indicati e mettere in sicurezza il sistema sono necessari alcune riorganizzazioni che in sintesi sono rappresentate da:

- Garanzia dei diritti del cittadino durante il ricovero: privacy, riservatezza, informazione e coinvolgimento nella cura, gentilezza, bioritmi, nutrizione, relazioni con la famiglia, sia dal punto di vista strutturale degli ospedali, dell'organizzazione e del personale.
- Modello organizzativo in hub e spoke sia dal punto di vista strutturale (rete ospedaliera) che funzionale (reti cliniche).
- L'offerta ospedaliera è programmata su 3 PL per acuti e 0,3 PL di riabilitazione x 1.000 abitanti; i restanti 0,4 PL di riabilitazione x 1.000 abitanti sono assicurati nelle RSA. Si prevede una riduzione sensibile dei posti letto delle aree chirurgica e materno-infantile ed un potenziamento delle aree mediche e di riabilitazione.
- Rete ospedaliera con individuazione dell'ospedale di 2° livello (bacino d'utenza superiore a 600.000 abitanti), di quelli di 1° livello (bacino d'utenza superiore a 300.000 abitanti) e di quelli di base (bacino d'utenza fra 80.000 e 150.000 abitanti). Per ogni ospedale viene prevista una scheda specifica con le funzioni previste di area medica, area chirurgica, area materna-infantile, area riabilitazione e area dei servizi.
- Per gli ospedali di base si prevede l'organizzazione di presidi ospedalieri unici, ancorché su due sedi con mandati diversi, soprattutto differenziando l'organizzazione dell'attività urgente da quella programmata.
- Riconversione a funzioni di assistenza primaria dei restanti presidi.
- Riduzione del numero di punti nascita, con riferimento non solo alle linee guida nazionali ed internazionali ma anche agli elementi che emergeranno nell'ambito del lavoro del gruppo tecnico, secondo una tempistica connessa a valutazioni di sicurezza e di caratteristiche territoriali.
- Riduzione dei reparti di pediatria.
- Riduzione dei reparti di chirurgia generale e ortopedia, con previsione di concentrazione di alcune attività chirurgiche secondo criteri di sicurezza ed esito, in particolare per la chirurgia oncologica.
- Riduzione del numero di servizi di pronto soccorso con loro riconversione a PPI aperti sulle 12 ore diurne che continueranno a far parte della rete dei servizi d'emergenza (ambulanze, elisoccorso, ecc.), anch'essa da rivedere.
- Completa revisione del modello organizzativo dei Laboratori analisi.
- Superamento di alcuni doppioni interni alle aziende ospedaliero-universitarie, e laddove necessario, integrando, se del caso, la funzione di didattica e ricerca alla attività assistenziale
- L'organizzazione interna degli ospedali verrà secondo la modalità per intensità di cure e con aree pluridisciplinari, superando la logica divisionale.
- Creare modalità operative di "presa in cura dei pazienti" dall'accoglienza in ospedale e alla dimissione; al trasferimento e l'invio presso gli altri ospedali regionali o extra per cure più complesse creando reti strutturate per patologia.
- Sviluppare ulteriormente attività di day hospital e day surgery, consolidare e diffondere l'organizzazione per aree omogenee weekly hospital e implementare anche l'erogazione di prestazioni ambulatoriali con modelli integrati multidisciplinari
- Definire il numero di posti letto per area funzionale prevedendo un tasso di occupazione almeno dell'85%; una degenza media per l'area chirurgica di 4,5 giorni, mentre per l'area medica di 8 giorni.
- Tutti gli ospedali si devono integrare e coordinare con la rete della gestione del paziente cronico (strutture intermedie, ADI, MMG, centri per l'assistenza primaria, ecc.)

- La ospedalità privata è una risorsa complementare ed integrativa del sistema erogativo pubblico, partecipando coerentemente con la evoluzione della programmazione sanitaria.

IL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'EAS deputata a garantire l'erogazione del Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

L'integrazione si intende riferita agli ambiti istituzionali, agli ambiti professionali e tra le dimensioni sociale e sanitaria con particolare riferimento alle aree ad elevata integrazione quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

FUNZIONI

Le funzioni organizzate dal distretto sono:

- funzione di committenza
- funzione di produzione
- funzione di integrazione

La funzione di committenza.

La funzione di committenza del distretto è intesa come messa a disposizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini; è svolta in modo integrato con i livelli della prevenzione e ospedaliero e il livello degli enti locali. Si attua attraverso un processo programmatico che prevede una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento e di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi e una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi e di valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.

Le funzioni di produzione si esprimono nelle seguenti attività:

- l'assistenza medica primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta, servizio di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale ivi compresa la riabilitazione);
- l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria (ambito materno infantile, disabilità in età evolutiva e nell'adulto, anziani fragili, dipendenze e salute mentale in età evolutiva e adulta, non autosufficienza).

La funzione di integrazione del Distretto si esplica:

- nell'integrazione intersettoriale tra strutture sanitarie e servizi sociali dei Comuni;
- nell'integrazione operativo/organizzativa con individuazione di obiettivi comuni, progettazioni, percorsi e processi;
- nell'integrazione diagnostico-assistenziale e tra i diversi livelli di cura;
- nell'integrazione logistica con condivisione di spazi, sistemi di supporto, tecnologie e strumenti operativi;
- nell'integrazione informativa con condivisione dei sistemi informativi.

Il Distretto garantisce inoltre le azioni di sviluppo intersettoriale e di coinvolgimento della comunità locale finalizzate alla promozione della salute.

ATTIVITA' ED ARTICOLAZIONI DEL DISTRETTO

Fermo restando che, laddove non ancora realizzata, deve essere perseguita un'organizzazione capillare dei servizi sul territorio per favorire maggiore vicinanza ai bisogni del cittadino, allo scopo di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e al contempo conseguire obiettivi di efficienza del servizio sanitario regionale, il

bacino d'utenza ottimale dovrebbe garantire un'adeguata consistenza, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e dalla documentata esperienza internazionale.

Il Distretto è struttura aziendale dotata di autonomia economica finanziaria e gestionale, con attribuzione di specifico budget e contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda, come da normativa nazionale. L'organizzazione del distretto deve garantire una risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari, anche complessi della popolazione, fungendo da snodo tra le strutture sanitarie e gli enti locali e governando la risposta ai bisogni in modo unitario, coordinato e integrato.

Ciò premesso, le funzioni del Distretto si realizzano all'interno delle seguenti aree:

AREA	ATTIVITA' SPECIFICA
Assistenza medica primaria	Medicina convenzionata (MMG, Medici continuità assistenziale, Medici emergenza territoriale) Pediatria convenzionata Specialistica ambulatoriale Riabilitazione ambulatoriale e protesica Cure palliative e terapia del dolore adulti ed età evolutiva
Assistenza domiciliare integrata	Assistenza infermieristica domiciliare Assistenza riabilitativa domiciliare Assistenza programmata dei Medici di medicina generale
Assistenza farmaceutica AFIR	Distribuzione di farmaci e di presidi sanitari e integrazione delle farmacie convenzionate nella rete dei servizi di assistenza primaria
Area materno infantile – Consultorio familiare	Ostetrico ginecologica Pediatria Psicosociale ed educativa Sostegno alle famiglie Interventi sociosanitari integrati (UVD, EMH)
Neuropsichiatria infanzia e adolescenza	Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia di età 0-18 Interventi sociosanitari integrati (UVD/EMH)
Servizio per le dipendenze	Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problematiche di abuso/dipendenza Continuità assistenziale e terapeutica Interventi psicosociali, attività di inserimento lavorativo Trattamento in comunità residenziale e semiresidenziale Attività medico-legali Interventi sociosanitari integrati (UVD)
Sanità penitenziaria	Coordinamento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai detenuti e internati (Dlgs 274/2010).
Strutture intermedie (RSA, HOSPICE, Strutture ex art. 26 legge 833/1978, Ospedale di Comunità, Moduli ad alta intensità assistenziale)	Assistenza sanitaria Assistenza tutelare Riabilitazione residenziale Moduli respiro Cure palliative residenziali Post acuzie Unità di assistenza protratta
Centro di salute mentale (articolazione strutturata nel Dipartimento di salute mentale)	Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problemi di salute mentale Continuità assistenziale e terapeutica Interventi psicosociali, attività di inserimento lavorativo

	Accoglienza residenziale e semiresidenziale temporanea, abitare assistito Attività per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari Interventi sociosanitari integrati (UVD)
--	---

In particolare per la Medicina convenzionata (Medici di famiglia e Pediatri di Libera scelta) le finalità e i principi enunciati nella Legge regionale per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, richiedono una riorganizzazione dei Servizi di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle funzioni e delle attività dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale). I mutati bisogni assistenziali comportano lo sviluppo di politiche di promozione della salute e di prevenzione delle patologie prevalenti e favoriscono l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali al fine di aumentare l'efficacia delle cure e di garantire la continuità dell'assistenza. In questa prospettiva all'assistenza medica primaria è richiesto di svolgere il nuovo ruolo, di cruciale importanza, di prima risposta ai problemi di salute della popolazione e di coordinamento dei relativi percorsi assistenziali. È quindi necessario ripensare i modelli organizzativi della Medicina convenzionata, coerentemente con i nuovi indirizzi delineati dalla normativa nazionale, per consentire di svolgere le nuove funzioni ed attività.

Dipartimento di prevenzione

Per il dipartimento di prevenzione dovrà avere maggiore presenza e conseguente integrazione con le strutture dell'assistenza primaria.

CRONOPROGRAMMA DELLE AZIONI

Entro il 15 maggio relazioni conclusive dei primi gruppi tecnici :

- Assistenza Primaria
- Chirurgia Generale
- Emergenza – Pronto Soccorso - Anestesia e Rianimazione
- Oncologia
- Ortopedia e traumatologia
- Materno Infantile
- Riabilitazione
- Salute Mentale
- Salute mentale età evolutiva
- Professioni sanitarie

Entro fine maggio riorganizzazione dei punti nascita e delle pediatrie

Entro 15 giugno schede ospedaliere con revisione funzioni e eliminazione doppioni

Entro il 10 luglio una proposta di articolato da portare in Consiglio.