



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



Federazione
Friuli V. G.

In collaborazione con



Comune di Trieste

Con i patrocini di :

ASSODIS - Associazione degli Operatori dei Distretti Sanitari del Friuli Venezia Giulia

FIMMG - Federazione Italiana Medici di Famiglia FVG

Workshop

**Continuità dell'assistenza:
i percorsi di cura e
l'integrazione sociosanitaria
tra riordino del SSR Friuli Venezia Giulia,
riforma Balduzzi e nuovi LEA**

Riorganizzazione dell'assistenza primaria e continuità delle cure

Trieste, 8 febbraio 2012

giorgio.simon55@gmail.com

I temi

- Cosa stato pensato e cosa è stato fatto in FVG
- I punti critici
- Cosa si pensa di fare (il decreto Balduzzi in FVG)?
- E gli altri?

Workshop

**Continuità dell'assistenza:
i percorsi di cura e
l'integrazione sociosanitaria
tra riordino del SSR Friuli Venezia Giulia,
riforma Balduzzi e nuovi LEA**

Cosa stato pensato e cosa è stato fatto

La Continuità in FVG

- Organizzare e graduare le cure domicilio/ospedale
- Supportare le persone e le famiglie nel tempo
- Provare a migliorare le cure in qualche patologia cronica

Cosa si pensato e si è fatto - ospedali -

OSPEDALI CHIUSI (attivi nel 1987)

- Maddalena – TS pl. 66
- Gregoretto – TS pl. 362
- Santorio – TS pl. 188
- Grado pl. 55
- Cormons pl. 104
- Codroipo pl. 90

Cosa si pensato e si è fatto - territorio - strutture-

- Creare una rete di strutture intermedie (RSA e hospice)
- Creare l'Assistenza domiciliare
- Garantire l'assistenza sanitaria nelle residenze protette
- Potenziare l'azione di gruppo ed organizzativa della medicina generale (collaboratori di studio, infermieri, informatica)

Cosa si pensato e si è fatto

- territorio –strutture-

Tab. 14. Totale dimissioni dei residenti in RSA

	posti letto 30/06/2011	posti letto 30/06/2012	Gen-Giu 2011	Gen-Giu 2012	Diff %	Totale dimissioni 2011	Copertura assistenziale (%) >64 anni	
							2011	2012
A.S.S. N.1 Triestina	229	229	1.338	1.355	1,3%	2.688	20,6	20,8
A.S.S. N.2 Isontina	100	100	556	550	-1,1%	1.112	15,8	15,6
A.S.S. N.3 Alto Friuli	53	53	395	386	-2,3%	796	22,4	21,9
A.S.S. N.4 Medio Friuli	192	192	1.167	1.202	3,0%	2.389	14,4	14,8
A.S.S. N.5 Bassa Friulana	42	42	331	305	-7,9%	649	13,0	12,0
A.S.S. N.6 Friuli Occidentale	159	153	902	894	-0,9%	1.797	14,0	13,9
	775	769	4.689	4.692	0,1%	9.431	16,2	16,2

Tab. 16. Totale dimissioni di Hospice

	posti letto 30/06/2011	posti letto 30/06/2012	Gen-Giu 2011	Gen-Giu 2012	Diff %	Anno 2011	Stima Anno
							2012
A.S.S. N.1 Triestina	20	20	199	180	-9,5%	350	317
A.S.S. N.2 Isontina	10	10	63	70	11,1%	163	181
A.S.S. N.3 Alto Friuli	6	6	30	22	-26,7%	21	44
A.S.S. N.4 Medio Friuli	15	15	46	47		22	94
A.S.S. N.5 Bassa Friulana	10	11	41	76	85,4%	85	158
A.S.S. N.6 Friuli Occidentale	10	10	97	117	20,6%	204	246
	71	72	476	512	7,6%	845	1.039

Cosa si pensato e si è fatto - territorio – strutture -

Tab. 18. Utenti trattati – Assistenza infermieristica domiciliare

	Gen-Giu 2011	Gen-Giu 2012	Differenza %	Totale utenti trattati 2011	Copertura assistenziale (%) >64 anni	
					2011	2012
A.S.S. 1	5.486	5.569	1,5%	7.709	10,4	10,6
A.S.S. 2	2.063	2.116	2,6%	2.802	7,2	7,4
A.S.S. 3	2.012	1.973	-1,9%	2.757	13,8	13,6
A.S.S. 4	6.590	6.804	3,2%	9.163	9,8	10,2
A.S.S. 5	3.300	3.192	-3,3%	4.459	15,4	15,0
A.S.S. 6	5.709	5.665	-0,8%	7.854	10,8	10,8
	25.160	25.319	0,6%	34.744	10,6	10,7

Tab. 22. Utenti trattati – Assistenza riabilitativa domiciliare

	Gen-Giu 2011	Gen-Giu 2012	Differenza %	Totale utenti 2011	Copertura assistenziale (%) >64 anni	
					2011	2012
A.S.S. 1	1.360	1.181	-13,2%	2.321	2,9	2,4
A.S.S. 2	577	518	-10,2%	1.006	2,6	2,3
A.S.S. 3	633	650	2,7%	1.041	5,0	5,1
A.S.S. 4	2.072	2.077	0,2%	3.578	3,9	3,9
A.S.S. 5	698	750	7,4%	1.258	4,5	4,8
A.S.S. 6	1.612	1.480	-8,2%	2.751	3,8	3,5
	6.952	6.656	-4,3%	11.955	3,6	3,4

Cosa si pensato e si è fatto - territorio – strutture mmg -

voce	%pre-accordo	% AIR	% a tendere
Gruppo	7,7	15	45
Rete	9,8	18	
Collaboratore	15	21	45
Infermiere	1,9	3	10

Cosa si pensato e si è fatto

- territorio – valutazione –

% Hbg nei diabetici in FVG in un anno

aziende



Cosa si pensato e si è fatto - territorio – strumenti -

- Garantire sostegno economici e di altri tipo alle persone e alle famiglie finalizzati alla permanenza a domicilio

Cosa si pensato e si è fatto

- territorio – strumenti -

- Fondo per l'autonomia possibile
 - Assegno per l'autonomia
 - contributi per l'aiuto familiare
 - FAP per la salute mentale
 - Progetti vita indipendente
- Fondo gravi gravissimi
- Fondo SLA
- Telesoccorso
- Contributi per eliminazione barriere architettoniche, riduzione IVA e IRPEF
- Invalidità civile, L 104

I punti critici

Strutturali - 1

- Non è completamente chiaro cosa siano e cosa debbano essere /diventare RSA /post-acuzie /medicines
- I servizi ADI sono molto differenziati per offerta e modalità operative
- La riorganizzazione della medicina generale si è fermato a metà

Strutturali - 2

Le strutture protette (case di riposo) sono cambiate radicalmente (dati ASS6) e la riclassificazione è ferma:

- Ogni anno si ricovera in ospedale il 37% degli ospiti
- I deceduti /anno sono il 16%
- Metà di questi muoiono in ospedale

organizzativi

- È scomparso il sistema di pay for performance
- Troppi strumenti di contributi alla persona alcuni dei quali centralizzati in Regione
- Discontinuità di strumenti e finanziamenti
- Pochissime esperienze di budget di salute
- Scarsa capacità di realizzare welfare di comunità (autoreferenzialità dei servizi)

Cosa si pensa di fare (il decreto Balduzzi in FVG)?

I Decreto Balduzzi ed altro in sintesi

- Ospedali
 - Meno ospedali, più grandi
 - Suddivisione su tre livelli
 - Volumi minimi di erogazione
 - Percorsi di cura per patologia

MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO

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.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che, al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già

I Decreto Balduzzi ed altro in sintesi

- Per la Regione (ospedali)
 - Meno reparti (SOC)
 - Due ospedali di riferimento
 - Addio ad alcune attività regionali e di alcuni ospedali per volumi insufficienti ?

I Decreto Balduzzi ed altro in sintesi

- Distretti (ci saranno ancora?)
- Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- Unità complesse delle cure primarie (UCCP)

- Siamo in grado di integrare la storia regionale con le nuove leggi?

Cosa stanno facendo gli altri per
affrontare la crisi
- tre idee da copiare?-

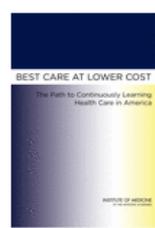


Advising the Nation. Improving Health.

Browse History

FOLLOW US [Facebook] [Twitter] [RSS] [LinkedIn] [Email] TEXT SIZE - +

Report



Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America

Released: September 6, 2012
Type: Consensus Report
Topics: Quality and Patient Safety, Health Services, Coverage, and Access
Activity: The Learning Health Care System in America
Board: Executive Office

Print

America's health care system has become far too complex and costly to continue business as usual. Pervasive inefficiencies, an inability to manage a rapidly deepening clinical knowledge base, and a reward system poorly focused on key patient needs, all hinder improvements in the safety and quality of care and threaten the nation's economic stability and global competitiveness. Achieving higher quality care at lower cost will require fundamental commitments to the incentives, culture, and leadership that foster continuous "learning", as the lessons from research and each care experience are systematically captured, assessed, and translated into reliable care.

In the face of these realities, the IOM convened the Committee on the Learning Health Care System in America to explore these central challenges to health care today. The product of the committee's deliberations, *Best Care at Lower Cost*, identifies three major imperatives for change: the rising complexity of modern health care, unsustainable cost increases, and outcomes below the system's potential. But it also points out that emerging tools like computing power, connectivity, team-based care, and systems engineering techniques—tools that were previously unavailable—make the envisioned transition possible, and are already being put to successful use in pioneering health care organizations. Applying these new strategies can support the transition to a continuously learning health system, one that aligns science and informatics, patient-clinician partnerships, incentives, and a culture of continuous improvement to produce the best care at lower cost. The report's recommendations speak to the many stakeholders in the health care system and outline the concerted actions necessary across all sectors to achieve the needed transformation.



Get this Report

Purchase this report in a variety of formats

Select a Format:

PREPUB PDF BOOK - Free

Download Report

Read Report Online for Free

If you are a member, login to receive this report

Would you like to reprint this report? click here to obtain permission

Stay up to date!

Receive regular emails about the IOM's work. Sign Up Now

Related Videos

Report Release: Best Care at Lower Cost
The Learning Health Care System in America
Institute of Medicine
America's health care system has become far too complex and costly to continue business...

Committee Members

- Mark Smith, Chair

Best care at lower cost

Si possono ridurre i costi del 20% intervenendo su questi sprechi

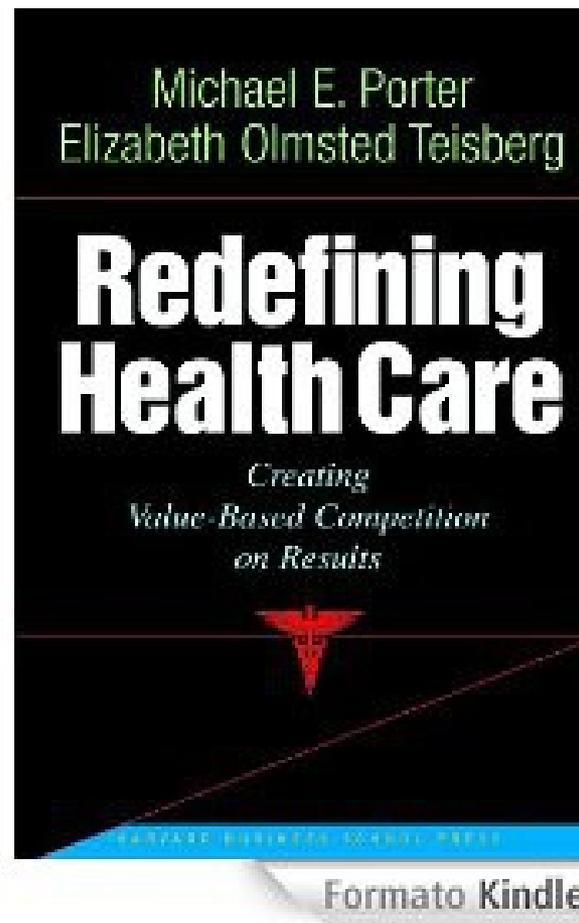
- Sottoutilizzo di interventi efficaci
- Inadeguato coordinamento dell'assistenza
- Sovra- utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici
- Complessità amministrative
- Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi
- Frodi e abusi

Perché cure di qualità costano meno

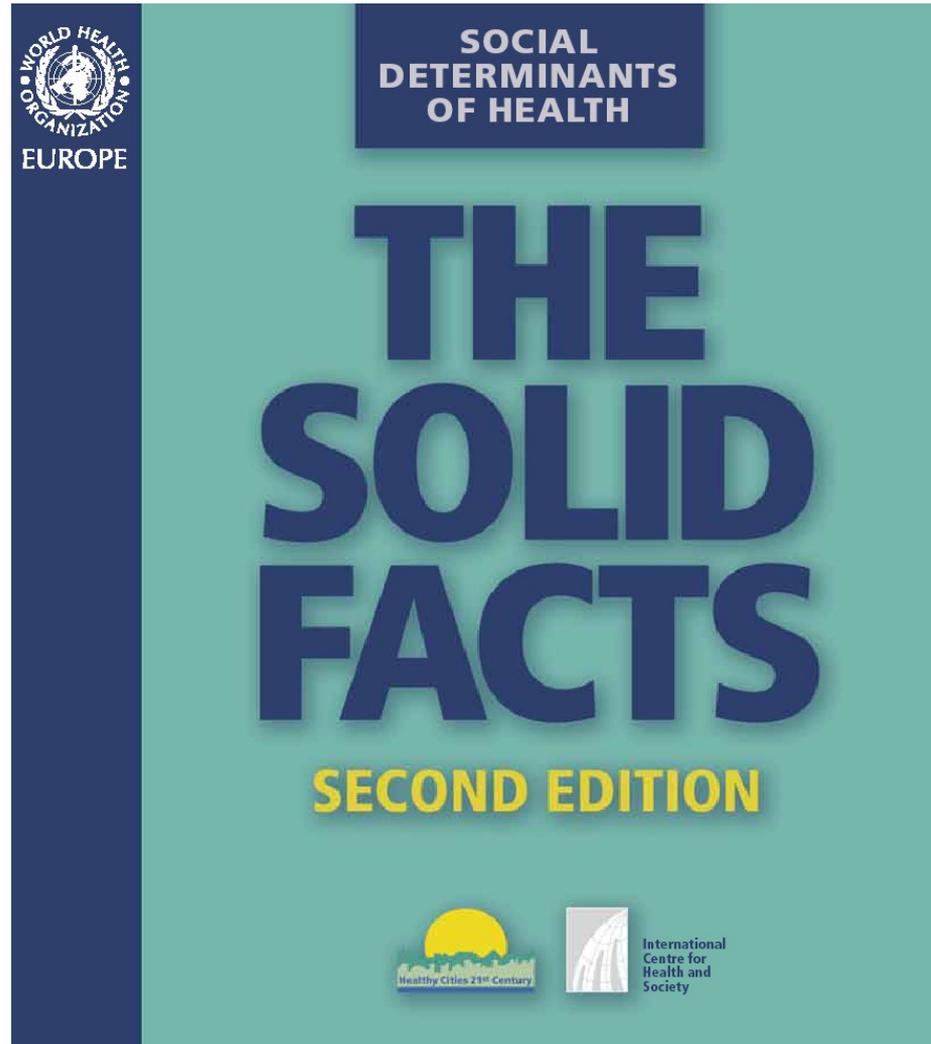
“Questo libro nasce per affrontare un problema: perché la concorrenza economica è fallita in sanità?”

“L'obbligo di misurare e di rendere trasparenti i risultati è la misura più efficace per riformare un sistema sanitario”

“La concorrenza sui risultati per il paziente (*patient value*) può portare risultati di qualità ed efficienza inimmaginabili”



- Diseguaglianza
- Primi anni di vita
- Esclusione sociale
- Condizioni lavorative
- Disoccupazione
- Rete sociale
- Trasporti
- ...



E noi cosa stiamo facendo e
cosa faremo?

GRAZIE DELL'ATTENZIONE