

***Eccellenze per la salute integrazione e area vasta
esperienze a confronto***

Udine, 7 marzo 2006

LE STRATEGIE PER IL SISTEMA SOCIOSANITARIO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Pier Oreste Brusori

Vice Direttore Direzione centrale salute
e protezione sociale



Regione Autonoma
Friuli Venezia Giulia

La nuova legislatura: stato dell'arte

CRITICITÀ E PROBLEMI EMERGENTI SULLO STATO DI SALUTE

Sono connessi

- a condizioni di contesto ambientale con rischi associati a:
 - comportamenti individuali e stili di vita
 - modifica della struttura familiare e processi migratori
 - condizioni socioeconomiche
 - luoghi di vita e di lavoro
- a patologie e/o condizioni personali di svantaggio relativi a:
 - malattie neoplastiche
 - malattie a lungo termine: diabete, ipertensione, reumatiche etc.
(cronicità)
 - disabilità, non autosufficienza (invecchiamento popolazione, crescita fabbisogno assistenziale)



La nuova legislatura: stato dell'arte

CRITICITA' E PROBLEMI EMERGENTI DELLO STATO DEI SERVIZI

➔ **Risposta positiva all'acuzie**

- buoni indicatori di esito (mortalità, morbosità, etc.)
- riduzione importante dell'ospedalizzazione
- buoni, anche se migliorabili, indicatori di appropriatezza e qualità

➔ **Problemi organizzativi e di efficienza**

- ▣ organizzazione ospedaliera su modelli organizzativi datati
- ▣ trend spesa ospedaliera elevato con problemi di efficienza interna, sovradotazione e difficoltà assistenziali (es. riabilitazione, postacuzie)

➔ **Criticità nell'affrontare i problemi di una popolazione che invecchia ed è esposta a frequenti rischi di esclusione sociale**

- crescita assistenza domiciliare non risolve l'esigenza della piena presa in carico della non autosufficienza e della disabilità
- crescita non programmata dell'istituzionalizzazione (+/- 10000 pl nelle Case di riposo)
- crescenti costi economici e sociali per le famiglie (+/- 10000 badanti)
- carenza di servizi e cure intermedie (R.S.A., Hospice, strutture per stati vegetativi,...)
- Carenza di strumenti di contrasto all'esclusione sociale, di sostegno alle persone con perdita di autonomia e alla famiglia che se ne prende cura



La nuova Legislatura

- ottica di ascolto, partecipazione e responsabilizzazione di tutti gli attori sociali e in particolare degli Enti locali
- riconoscimento e individuazione dei nuovi bisogni della popolazione regionale e delle criticità dell'offerta
- assunzione del tema dell'integrazione sociosanitaria e delle politiche regionali (casa, lavoro, trasporti, formazione, immigrazione) quale asse portante per la configurazione di una

strategia di welfare globale



Strategia di Welfare

Obiettivi di miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita

Riduzione della mortalità e della morbosità, anche in termini di riduzione delle disparità territoriali.

Definizione di aree prioritarie di miglioramento (*tumori, cerebrovascolare, traumi*).

Definizione delle aree di mantenimento degli indicatori di salute già buoni (*mortalità infantile, da parto*).

Miglioramento della capacità di risposta del sistema ai bisogni dei soggetti:

- a rischio di esclusione sociale e lavorativa
- fragili
- non autosufficienti.

Per ottenere un aumento degli anni vissuti in termini di autonomia possibile ed inclusione sociale.



I provvedimenti settoriali già assunti o in fase di definizione mirati a una strategia di Welfare globale

- **L.R. 23/2004** - Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria...-
- **Progetto Materno Infantile** (DGR 3235/2004)
- **Piano regionale della Riabilitazione** (DGR 606/2005)
- **Linee guida per la predisposizione dei PAT e dei PDZ** (DGR 3236/2004)
- **L.R. 20/2005** – Istituzione Centro Servizi Condivisi –
- **Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale** (DGR 834/2005)
- **Proposta di Piano regionale della Prevenzione 2005-2007** (DGR 2862/2005)
- **Protocolli Regione – Università** per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Ospedaliere Universitarie di Trieste e Udine (DGR 3438/2005 e DGR 3439/2005)
- **Progetto di Piano sanitario e sociosanitario 2006-2008** (DGR 3222/2005)
- **PDL 151** - Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale -
- **D.L. sulla disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli IRCCS** Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano
- **Piano degli interventi e dei servizi sociali**



GLI INTERVENTI SULL'OFFERTA DI WELFARE

La strategia regionale sviluppa interventi sull'offerta e sulla riallocazione delle risorse lungo 3 assi strategici:

- ➔ **Asse 1.** Modifica assetto istituzionale e organizzativo del SSR e potenziamento del Servizio sociale dei Comuni
- ➔ **Asse 2.** Potenziamento della prevenzione, dei servizi e degli interventi territoriali di cura, di assistenza e riabilitazione alla persona
- ➔ **Asse 3.** Razionalizzazione dell'offerta ospedaliera



1- Modifica assetto istituzionale e organizzativo

Rivedere progressivamente sperimentando

I temi

Ridefinizione rapporto istituzionale Sanità/Enti locali in un'ottica di integrazione, potenziando ruolo e autonomia del Distretto e del Servizio Sociale dei Comuni

Area Vasta quale dimensione per perseguire l'integrazione tra Aziende per i Servizi sanitari e Aziende ospedaliere e tra Ospedali, per la continuità delle cure e l'organizzazione della rete ospedaliera regionale per funzioni

Riassetto istituzionale del SSR [Istituzione del CSC, Protocolli Regione Università con istituzione dell'Azienda Ospedaliera di Udine (A.O.S.M.M. + PUDG), disciplina assetto IRCCS con loro inserimento nella rete ospedaliera regionale e quale parte integrante del SSR]

Riassetto organizzativo delle Aziende per i Servizi sanitari e del Servizio sociale dei Comuni (potenziamento della gestione associata)



2- Potenziamento prevenzione e assistenza territoriale

Riorientare offerta e allocazione risorse

I temi

Distretto/SSC

(punti unici d'accesso, case manager, UVD e UMD, progetto personalizzato, nuove formule domiciliarità, riclassificazione strutture, MMG)

Servizi e strutture per non autosufficienza e inclusione sociale

(Fondo autonomia possibile, reddito cittadinanza)



ASSISTENZA TERRITORIALE

- Ruolo chiave del Servizio Sociale dei Comuni, del Distretto (MMG e PLS, PAT/PdZ)
- incremento di risorse, offerta, attività (SID, SRD, RSA, ecc.)
- orientamento dell'assistenza su obiettivi prioritari (contrasto della istituzionalizzazione e dell'esclusione sociale)
- sviluppo della valutazione multidimensionale (formazione congiunta personale Distretto/Servizio sociale dei Comuni) e nuovo ruolo dell'UVD (con strumenti e risorse dedicate)
- promozione della domiciliarità (orientamento proattivo dei servizi, case manager, progetto personalizzato, punto unico di accesso)
- per anziani, disabili, minori, salute mentale, dipendenza interventi di promozione della salute, di valutazione multidimensionale, di integrazione sociosanitaria, di incremento della riabilitazione e di incremento dei reinserimenti lavorativi
- sviluppo di comunità



FONDO PER AUTONOMIA POSSIBILE



Livello aggiuntivo rispetto ai LEA



Integrazioni rispetto ai Servizi sanitari e socio-sanitari



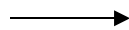
TARGET

**ANZIANI
DISABILI
FISICI E
PSICHICI**

NON AUTO
ovvero -1 o +
ADL con
conseguente
perdita di
autonomia



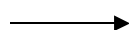
Bisogni di
assistenza di base
e assistenza
specialistica
sanitaria



Prestazioni sociali



LIVEAS



Prestazioni
socio-sanitarie



FONDO



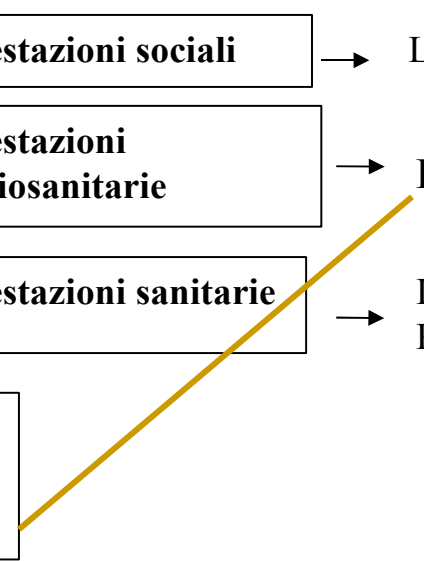
Prestazioni sanitarie



LEA
PSSR

MIX \$ E SERVIZI

Erogato da SSC su progetto personalizzato,
remunera lavoro familiari, badanti, OSS



REDDITO DI CITTADINANZA

TARGET → Persone in stato di povertà, a rischio di esclusione sociale e lavorativa

INTERVENTI

- 1. Monetari, integrativi del reddito
- 2. Servizi e prestazioni volti a perseguire l'autonomia e l'inclusione sociale

Erogato da SSC su progetto personalizzato



3 – Razionalizzazione offerta ospedaliera

Ospedali in rete

I temi

Ridefinizione “chi fa che cosa”

Mettere gli ospedali in rete a livello regionale, di area vasta, aziendale

Salvaguardare strutture e funzioni per lavorare su efficienza, efficacia e qualità interna



LA RETE OSPEDALIERA PER FUNZIONI IN UN'OTTICA DI QUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE - 1

- Mantenate le funzioni di riferimento regionale (I.R.C.C.S., A.O., A.O.U., P.U.G.D.)
- Individuati 3 poli ospedalieri (Trieste, Udine, Pordenone) integrati tra loro
- Piena operatività delle Aziende ospedaliere universitarie di Trieste e Udine
- Integrazione tra Burlo ed AOUPS e tra CRO e AOPN
- Relazioni di Area vasta tra i nodi della rete
- Non gerarchia, ma eccellenza in ogni sede ospedaliera
- Mantenate le attuali funzioni per acuti a Cividale, Gemona, Maniago e Sacile



LA RETE OSPEDALIERA PER FUNZIONI IN UN'OTTICA DI QUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE - 2

- Azienda titolare di funzione per area vasta (1 solo primariato, più sedi in cui viene erogata la funzione)
- Azienda coordinatrice di funzione per area vasta (possibili più primariati e più sedi di erogazione con differenziazione e specializzazione dei siti)
- Interventi vincolanti per le funzioni di anatomia patologica, microbiologia, laboratorio analisi, medicina trasfusionale
- Relazioni di area vasta per migliorare l'accessibilità e garantire omogeneità ed elevati standard assistenziali per cardiologia, oncologia, ortopedia, emergenza
- Crescita dell'ospedale limitata a specifici segmenti (stroke unit, riabilitazione, post acuzie)



STRATEGIA DI WELFARE

- Integrazione Sanità/Enti locali e Area Vasta
- Potenziamento servizi ed interventi territoriali per l'inclusione sociale
- Riqualficazione rete ospedaliera

Grazie per l'attenzione

