

Sistemi di welfare in Europa e pratiche di Long Term Care

LA PROGRAMMAZIONE DI MEDIO PERIODO IN UNA AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
3 Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli

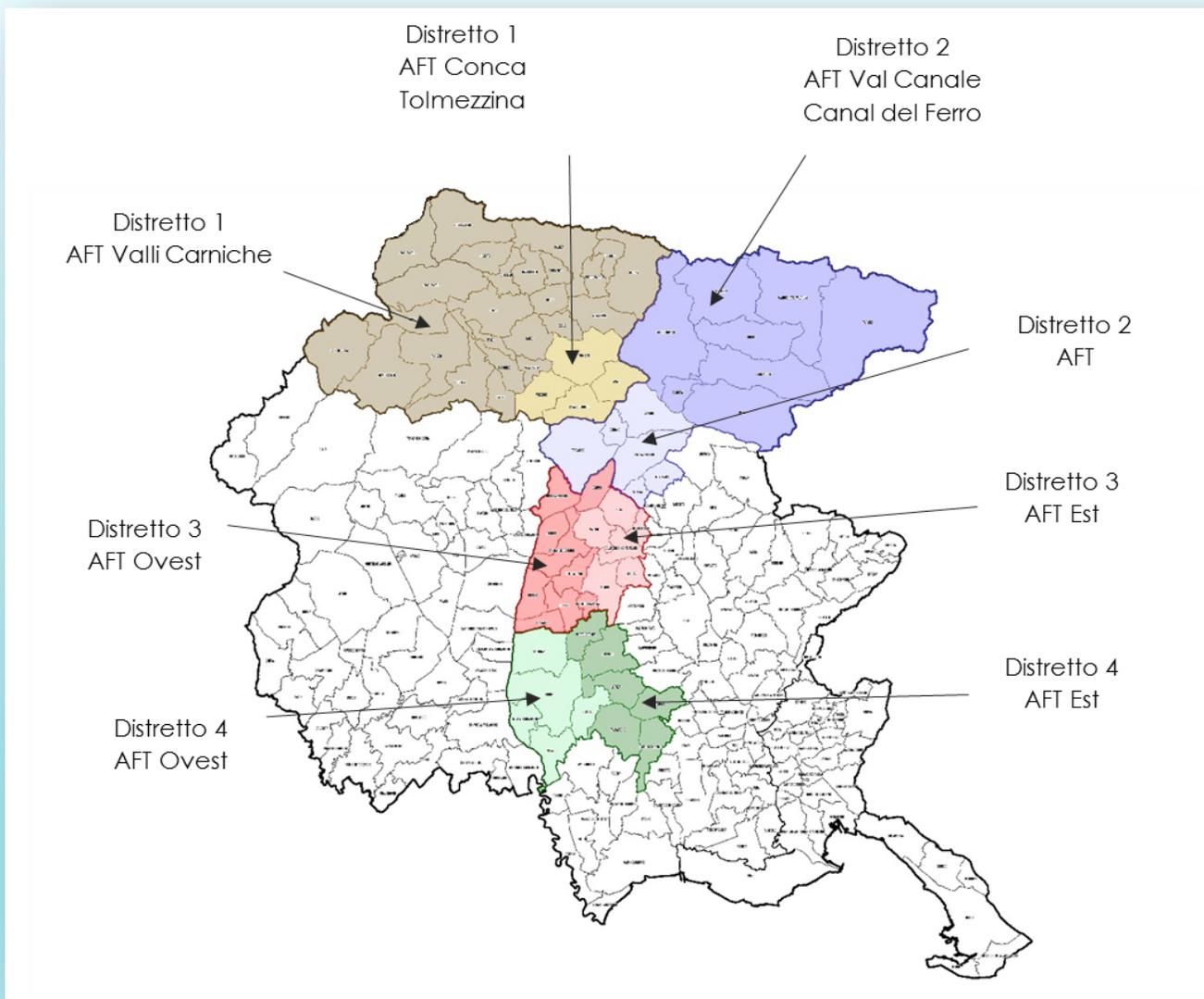
PRIMI RISULTATI

IL CONTESTO

Con la **LR 17/2014** la Regione Friuli Venezia Giulia ha avviato una riforma del Servizio Sanitario Regionale, coerente con le priorità della programmazione nazionale.

A seguito di ciò, **l'01/01/2015 è stata costituita la nuova AAS3** "Alto Friuli–Collinare-Medio Friuli", risultante dalla fusione della precedente ASS 3 (Alto Friuli) e di una parte scorporata dalla precedente ASS 4 (Udine).

DESCRIZIONE DEL TERRITORIO E DENSITÀ ABITATIVA



- N° COMUNI: **69**
- Km²: **3.165**
(un terzo della superficie regionale)
- Popolazione complessiva: **172.281** ab.
- Densità abitativa: **55,1** ab/Km²
- vi abita il 90% degli **anziani che vivono in montagna** in FVG

IL CONTESTO

È dotata di servizi sanitari fortemente radicati e naturalmente orientati al territorio, anche per effetto della **storia** (ricordiamo il **terremoto** del Friuli, che indusse già a fine anni '70 a inventare i servizi domiciliari [*non c'erano più gli ospedali*] e territoriali [*nelle baraccopoli*]) e della cultura di queste aree (pensiamo alla “riforma **Basaglia**”, contemporaneamente espressione e motore di una **cultura deistituzionalizzante**).

LA PROGRAMMAZIONE

2014 → L.R. 17 RIFORMA SSR

01/01/2015 → NUOVA AAS3 (ASS3+ASS4)

Nel corso del 2015 è stata avviata la riorganizzazione dell'azienda, giunta ad un passaggio fondamentale con:

gennaio 2016 → Atto Aziendale

marzo 2016 → nuova organizzazione professioni sanitarie

PRIORITÀ NELLA DEFINIZIONE DEL MACROASSETTO

Tenendo conto delle indicazioni della programmazione sovraordinata e delle specificità socio-demografiche, geografiche e culturali del contesto locale, già nella definizione di questo macroassetto organizzativo si sono privilegiate soluzioni intese a facilitare:

- la **continuità ospedale-territorio**
- la centralità dei percorsi di **presa in carico** delle patologie croniche (*«dei malati cronici e gravi, che dobbiamo diventare sempre più bravi a seguire fuori dall'ospedale»*)
- l'evoluzione verso le **nuove forme organizzative** delle cure primarie (*“dobbiamo organizzare dei “reparti” anche nel territorio, perché un medico da solo va bene per la malattia acuta ma non basta per curare i malati cronici e gravi”*)

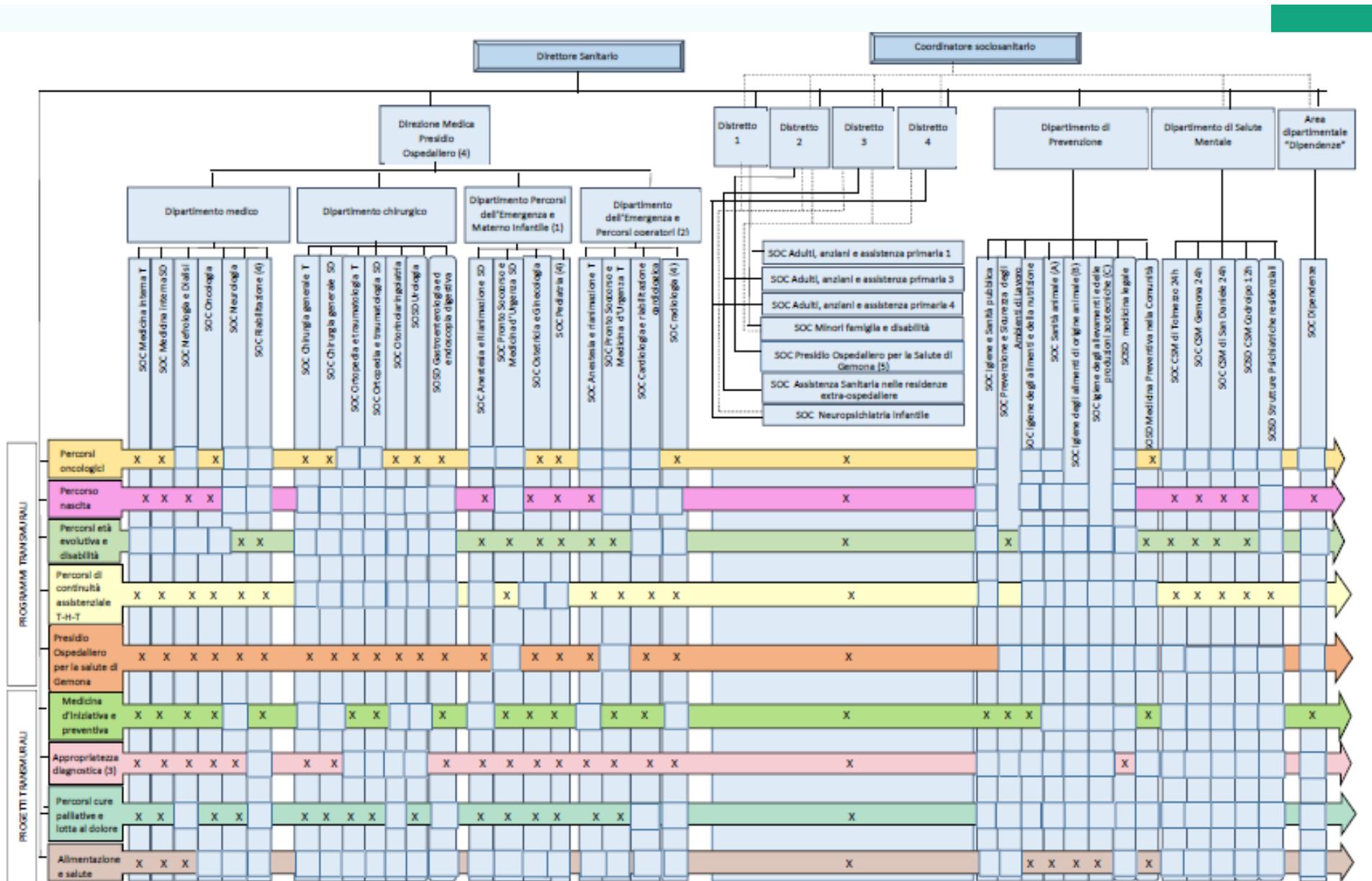
PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE PRIORITÀ

“ i programmi transmurali ”

Caratteristiche:

- a metà fra dipartimenti organizzativi e funzionali
- centrati sui principali percorsi di presa in carico, prevalentemente nell'ambito delle Long Term Care
- aggregano strutture sia ospedaliere che territoriali



(1) DA CONSIDERARSI PROGRAMMA TRANSMURALE PER I PERCORSI DELL'EMERGENZA INCLUDENTE ANCHE: Pronto Soccorso T, PPI Gemona, Radiologia, Cardiologia e Riab Cardiologica, Med Interne, Ch Generali, Ortopedia
 (2) DA CONSIDERARSI PROGRAMMA TRANSMURALE PER I PERCORSI OPERATORI INCLUDENTE ANCHE: Anestesia e Rianimazione SO, SOC del Dip. Chirurgico, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria
 (3) COINVOLVE FUNZIONALMENTE ANCHE LE FUNZIONI GARANTITE A LIVELLO INTERAZIENDALE: Anatomia Patologica, Laboratorio analisi, Microbiologia e Medicina Trasfusionale
 (4) PIU' UNA SOC AD ESAURIMENTO
 (5) COMPRENDE ANCHE LE STRUTTURE SEMPLICI "STRUTTURA INTERMEDIA POLIFUNZIONALE" E "PUNTO PRIMO INTERVENTO GEMONA"

PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE PRIORITÀ

i programmi transmuralesono:

- programma **percorsi oncologici**
- programma **continuità Territorio-Ospedale-Territorio**
- programma **percorsi cure palliative e lotta al dolore**
- programma **percorsi età evolutiva e disabilità**
- programma **appropriatezza diagnostica**
- programma Presidio Ospedaliero per la Salute Gemona
- programma **percorso nascita**
- programma **medicina di iniziativa e preventiva**
- programma **alimentazione e salute**

PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE PRIORITÀ

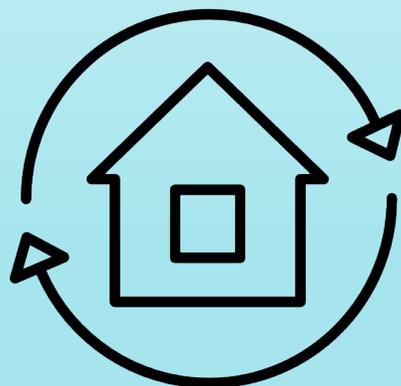
AFT quali elementi organizzanti il territorio (*“il territorio distrettuale è organizzato in AFT”*)

- ogni 20.000 ab.:
 - una ventina di MMG
 - un gruppo di medici di Continuità Assistenziale
 - una dozzina di infermieri e riabilitatori
 - un gruppo di operatori sociali, etcche hanno il compito di tutelare la salute della “loro” popolazione.
- sufficientemente ampi per poter “**misurare**” i processi ed i risultati di salute
- **salvaguardare e valorizzare le differenze (storiche, geografiche, sociali)** dei singoli territori

PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE
PRIORITÀ

**Centri di Assistenza Primaria (CAP)
“di montagna” ed “extraurbani”**



PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE PRIORITÀ

Ospedale unico su due sedi

- aggregazione degli ospedali di San Daniele e Tolmezzo in un **“Ospedale unico su due sedi”**
- diminuzione **da 10 a 4 Dipartimenti Ospedalieri** trasversali
- passaggio **da 28 SOC/SOSD** (molti doppioni), **a 20, di cui 11 trasversali con equipe unica**

PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE PRIORITÀ

riconversione dell'Ospedale di Gemona

in struttura extraospedaliera a doppia vocazione:

- “struttura territoriale evoluta” per la popolazione locale
- “piastra” a disposizione delle strutture ospedaliere e territoriali per erogazione di funzioni specializzate per un bacino d'utenza anche sovraaziendale (day surgery polispecialistico; riabilitazione; centro per la promozione dell'attività motoria nelle persone affette da patologie croniche; ...)

PRIORITÀ NEL MACROASSETTO

ELEMENTI ORGANIZZATIVI CREATI PER QUESTE PRIORITÀ

organizzazione a matrice dell'attività distrettuale

4 (piccoli) Distretti di 35-50.000 abitanti; ma:

- ✓ *per consentire lo sviluppo di competenze organizzative e gestionali forti, alcune **funzioni sono incardinate in un distretto ed erogano l'attività anche per tutti gli altri**, mentre per le restanti funzioni il coordinamento funzionale delle strutture omologhe viene affidato ad uno dei Direttori o dei titolari di posizione organizzativa incardinati in un distretto*
- ✓ *allo scopo di facilitare la crescita di competenze specifiche per la funzione territoriale, non condizionate dalla cultura ospedalocentrica che spesso caratterizza i Servizi centrali aziendali, la gestione di funzioni quali **medicina convenzionata, assistenza protesica, strutture convenzionate extraospedaliere è stata posta in capo ai distretti** e non a servizi centrali*

BASI PER LA NUOVA CULTURA AZIENDALE

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALE 2016-2018

31/12/2015 → documento di programmazione 2016-2018

In questo documento, deliberato esclusivamente come testo in formato “diapositive” perché concepito come strumento di costruzione, comunicazione e condivisione con il maggior numero possibile di operatori dell’azienda, vengono posti le basi della *cultura aziendale* della nuova AAS 3:

i cambiamenti in atto nel ruolo dell'Ospedale

Il ruolo dell'Ospedale, infatti, deve adeguarsi al paradosso per cui in tutto il mondo occidentale pur a fronte di un aumento della popolazione anziana (*e quindi delle patologie cronico-degenerative e del numero dei pazienti "gravi"*) è in atto una contestuale riduzione posti letto per acuti, imposta dalla normativa vigente.

Per buona parte del secolo scorso, il paradigma è stato:

Cura = Ospedale (l'antico "hospitalis")

Negli anni '90, ci si è resi definitivamente conto della insostenibilità di questo modello, e

l'Ospedale è diventato il luogo dove CURARE (solo) I PAZIENTI GRAVI

Oggi neanche questo regge più. Il nostro modello di riferimento diventa:

**in ospedale devono essere curati
solo coloro che ne hanno un reale beneficio**

Il successo dell'Ospedale nel trattare le patologie croniche (es scompenso cardiaco, BPCO, diabete grave, etc), quindi non consiste nell'essere "i più bravi" a curare tutti i malati

MA

nel favorire il miglioramento degli standard di cura da parte di tutta la rete dei servizi (i Distretti, i MMG aggregati nelle nuove forme associative), attraverso **ricerca** (anche di modelli organizzativi innovativi) e la **formazione** (didattica e aggiornamento professionale)

LE 6 DIRETTRICI DI SVILUPPO

OBIETTIVI DI SALUTE

1. ESSERE IN GRADO DI ASSISTERE CON QUALITA' E SICUREZZA I PAZIENTI CRONICI E GRAVI FUORI DALL'OSPEDALE
(in tutti i casi in cui il ricovero in ospedale per acuti non modifica il decorso clinico)
2. GARANTIRE NELL'OSPEDALE PER ACUTI LE MIGLIORI CURE DISPONIBILI SECONDO RICONOSCIUTI STANDARD INTERNAZIONALI PER I PAZIENTI CHE SI PROGRAMMA DI PRENDERE IN CARICO
3. PREVENIRE LE MALATTIE ATTRAVERSO IL MIGLIORAMENTO DEGLI STILI DI VITA DEI CITTADINI E DEI PAZIENTI
4. OFFRIRE OPPORTUNITA' DI INSERIMENTO SOCIALE (INCLUSO L'INSERIMENTO LAVORATIVO / OCCUPAZIONALE - SIA PURE PROTETTO) A TUTTE LE PERSONE FRAGILI O DISABILI

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

5. REALIZZARE TUTTE LE ATTIVITA' MINIMIZZANDO IL DIPENDIO DI RISORSE (LAVORO DEL PERSONALE; TEMPO DEI PAZIENTI; RISORSE DEL SSR; RISORSE DELLE FAMIGLIE) → SEMPLIFICARE I PROCESSI ED ELIMINARE TUTTO QUELLO CHE NON PRODUCE VALORE
6. AVVICINARE I SERVIZI AL CITTADINO

L'ATTUAZIONE

AAS COME SISTEMA COMPLESSO ADATTATIVO

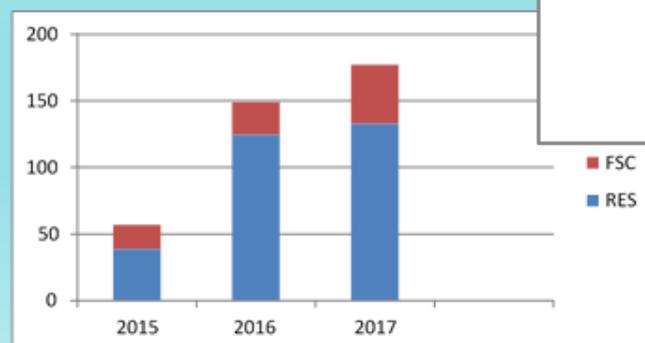
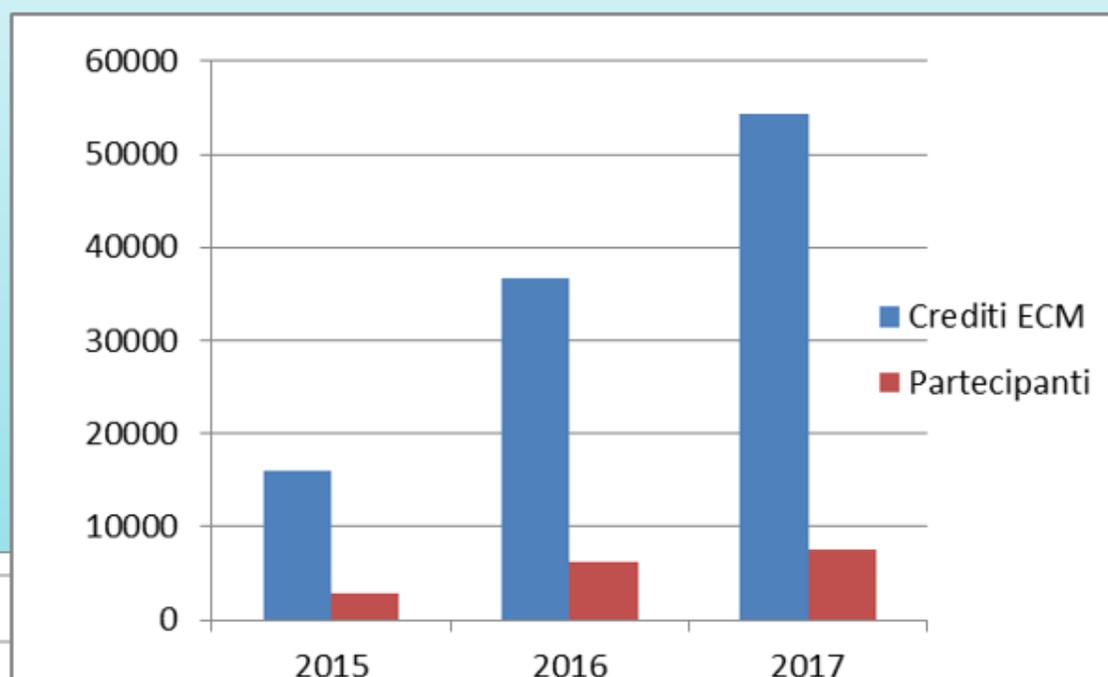
Adottando il modello che interpreta l'azienda sanitaria come **sistema complesso adattativo** (De Toni, Comello, Ioan, 2011), gli strumenti per promuovere l'evoluzione dell'organizzazione aziendale devono **promuovere l'autoorganizzazione, tener conto delle retroazioni, puntare sulla intelligenza distribuita.**

Saranno quindi **azioni molteplici, anche piccole, ma in grado di agire parallelamente su diversi livelli e organizzate in un unico orizzonte di senso da principi valoriali condivisi e da pochi messaggi-chiave chiari.**

GLI STRUMENTI (le «LEVE») PER L'ATTUAZIONE

1. definizione di modalità, contenuti e tempi del **ciclo della performance** (e quindi della negoziazione di budget) in funzione degli obiettivi di cambiamento sopra delineati
2. Investimento in **formazione**

Aggiornamento interno (RES e FSC)	2015	2016	2017
Numero corsi	57	149	177
Numero edizioni	145	303	336
Partecipanti	2828	6142	7594
Crediti assegnati*	16.071	36.666	54260*



RES: eventi residenziali – FSC: formazione sul campo

GLI STRUMENTI (le «LEVE») PER L'ATTUAZIONE

3. circolarità delle informazioni e definizione in “Direzione allargata” delle strategie:
 - incontri periodici:
 - la “**riunione delle strutture sanitarie**”, quindicinale, fra Direzione e responsabili di Ospedale, Distretti, Dipartimenti extraospedalieri, professioni sanitarie
 - il **collegio di direzione**, con composizione ampia e incontri frequenti
 - **incontri della Direzione aperti** a tutto il personale
4. utilizzo della **posta elettronica** come canale privilegiato della comunicazione, anche in sostituzione delle tradizionali “circolari” interne
5. metodo “Ovaro” (dal nome della località dove si effettuano **ritiri di 2 giorni consecutivi** in vista dei momenti “forti” della programmazione)

GLI STRUMENTI (le «LEVE») PER L'ATTUAZIONE

6. Individuazione nelle SOC ospedaliere di incarichi dirigenziali di “**referente per AFT/Distretto**”, per favorire lo sviluppo di *reti strutturate di patologia*
7. gestione attenta del turn-over del personale, orientata a **ringiovanire gradualmente i dirigenti in posizioni-chiave**
8. scelta “a priori” di **investire le risorse migliori sul territorio**
9. **monitoraggio stretto** direzionale dell'evoluzione dei CAP e dell'uso delle risorse aggiuntive assegnate

I PRIMI RISULTATI

A distanza di 3 anni dalla costituzione della nuova Azienda per l'Assistenza Sanitaria è possibile esaminare i primi risultati.

Per quanto riguarda l'organizzazione delle cure primarie:

- **le AFT sono pienamente funzionanti da marzo 2016**, con incontri almeno mensili, per lo più congiunti con specialisti ospedalieri
- **a dicembre 2016 sono stati avviati i primi 4 CAP ed oggi il 25%** della popolazione è assistita con questa modalità; nel corso del 2018 si prevede di raggiungere il **35%**
- hanno iniziato ad essere effettuate **visite congiunte fra specialisti ospedalieri e MMG in sede di CAP**, all'interno di un ordinato programma di **sviluppo di reti strutturate di patologia** per cardiopatie croniche; insufficienza renale cronica; diabete

I PRIMI RISULTATI

I cambiamenti introdotti, peraltro (riconversione dell'ospedale di Gemona; unificazione degli ospedali di Tolmezzo e San Daniele) si sono scontrati con **importanti resistenze nel contesto sociale**, con inevitabili ripercussioni anche nel clima interno, accentuate da una resistenza diffusa al processo di riforma del Servizio Sanitario regionale.

Ciò nonostante, si intravedono segnali di superamento di questa fase, quali la definizione a dicembre 2017 **per la prima volta di una unica delega congiunta** alla AAS 3 delle funzioni sociali per la disabilità da parte di tutte le 68 eterogenee Amministrazioni Comunali che compongono il territorio

I PRIMI RISULTATI

Per quanto riguarda i risultati gestionali, nel 2017 l'AAS 3 presenta:

- Il **minor tasso di ospedalizzazione** delle regione (tasso di ospedalizzazione standardizzato: 120,27; tasso regionale: 126,76; tasso nazionale 2016: 132,6 – fonte: rapporto SDO del Ministero della Salute)
- La **minor spesa per farmaci** (212,93 euro/ab, di cui: convenzionata: 123,46; diretta 60,27; distribuzione per conto: 29,20; media regionale: 219,44 euro/ab; media nazionale: 228,7, fonte: Rapporto OSMED)
- Il **minor ricorso alle prestazioni specialistiche** “manu medica” (2,75 prestazioni per abitante pesato; media regionale 3,12)



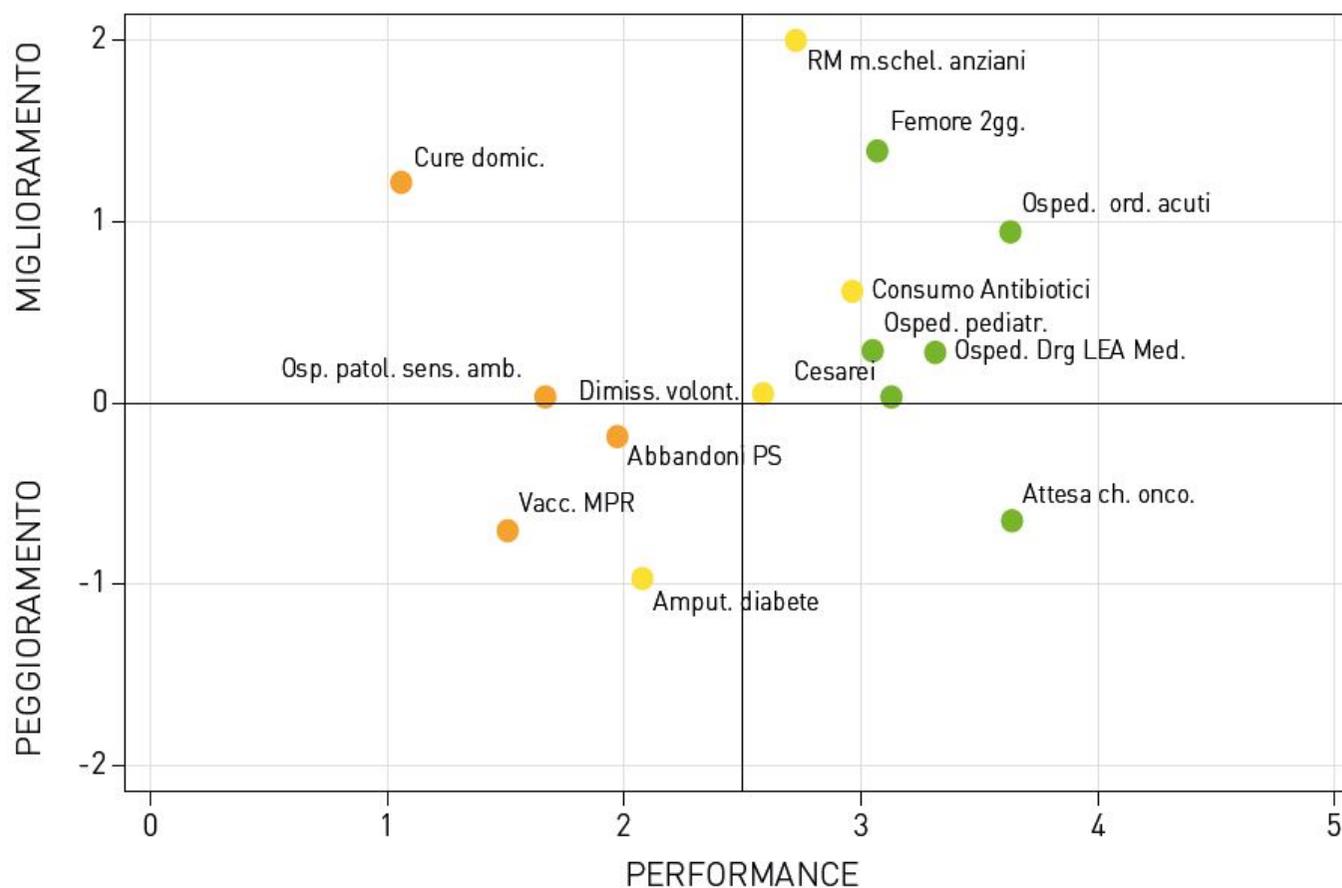
IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Lombardia

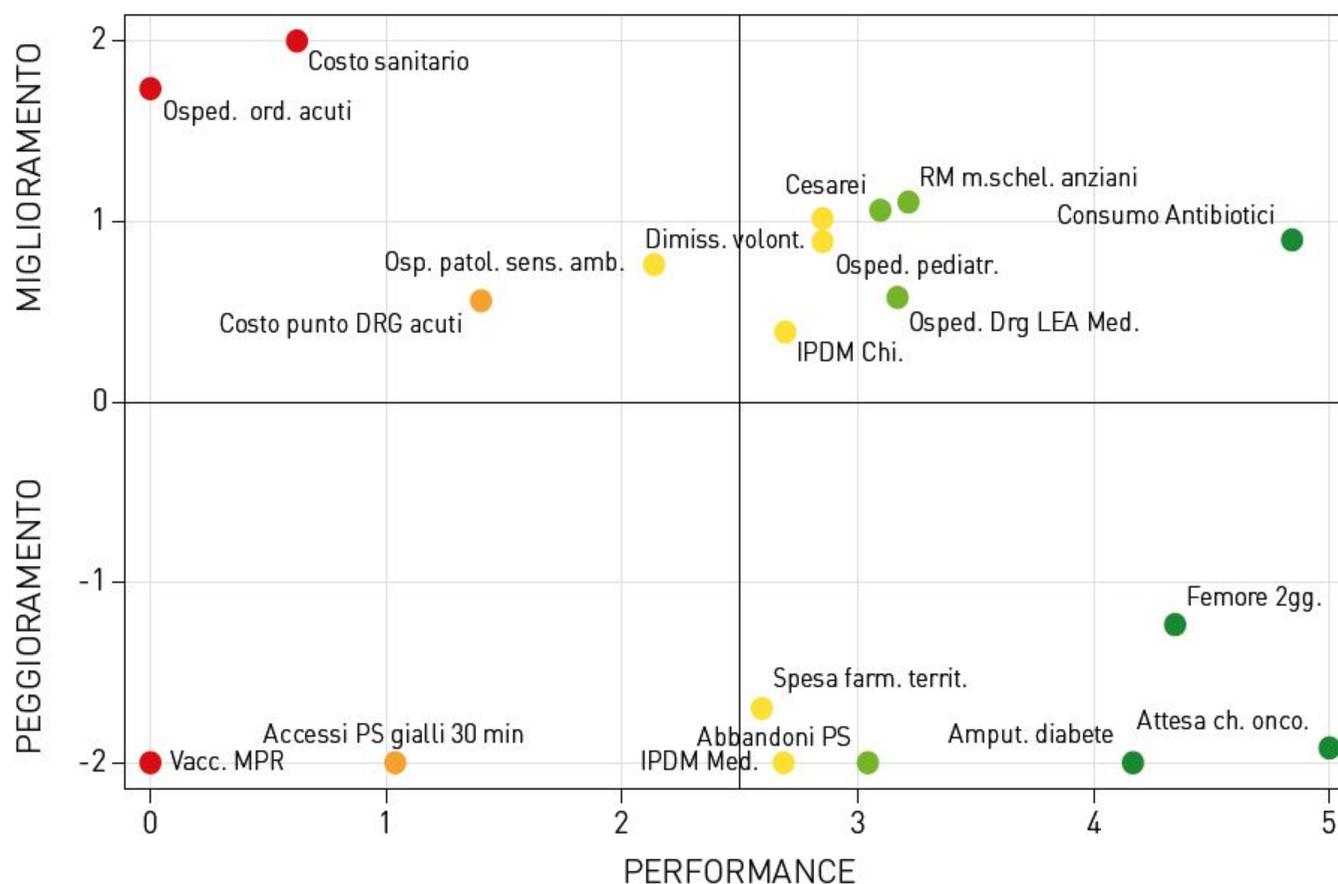
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Bolzano

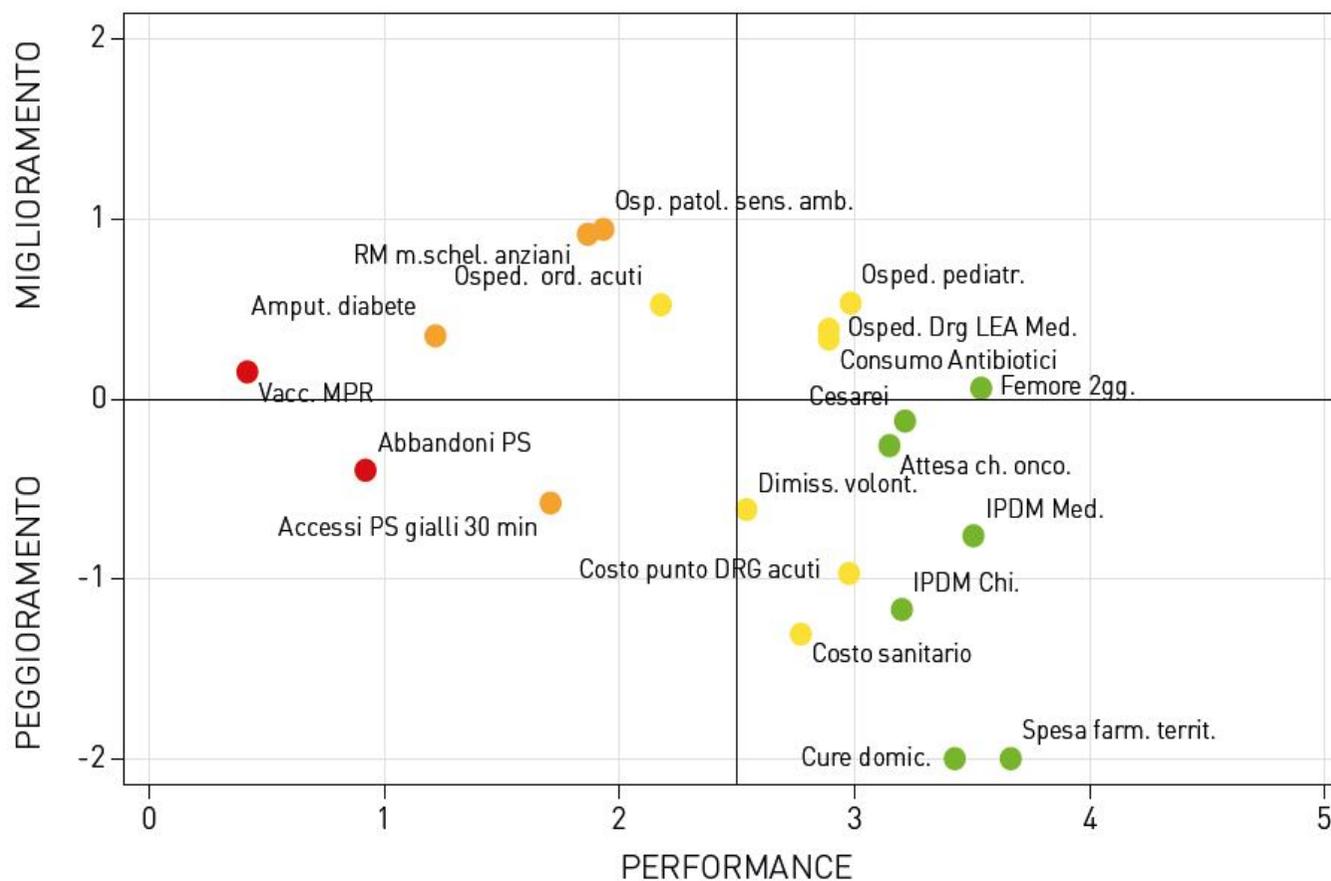
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Emilia Romagna

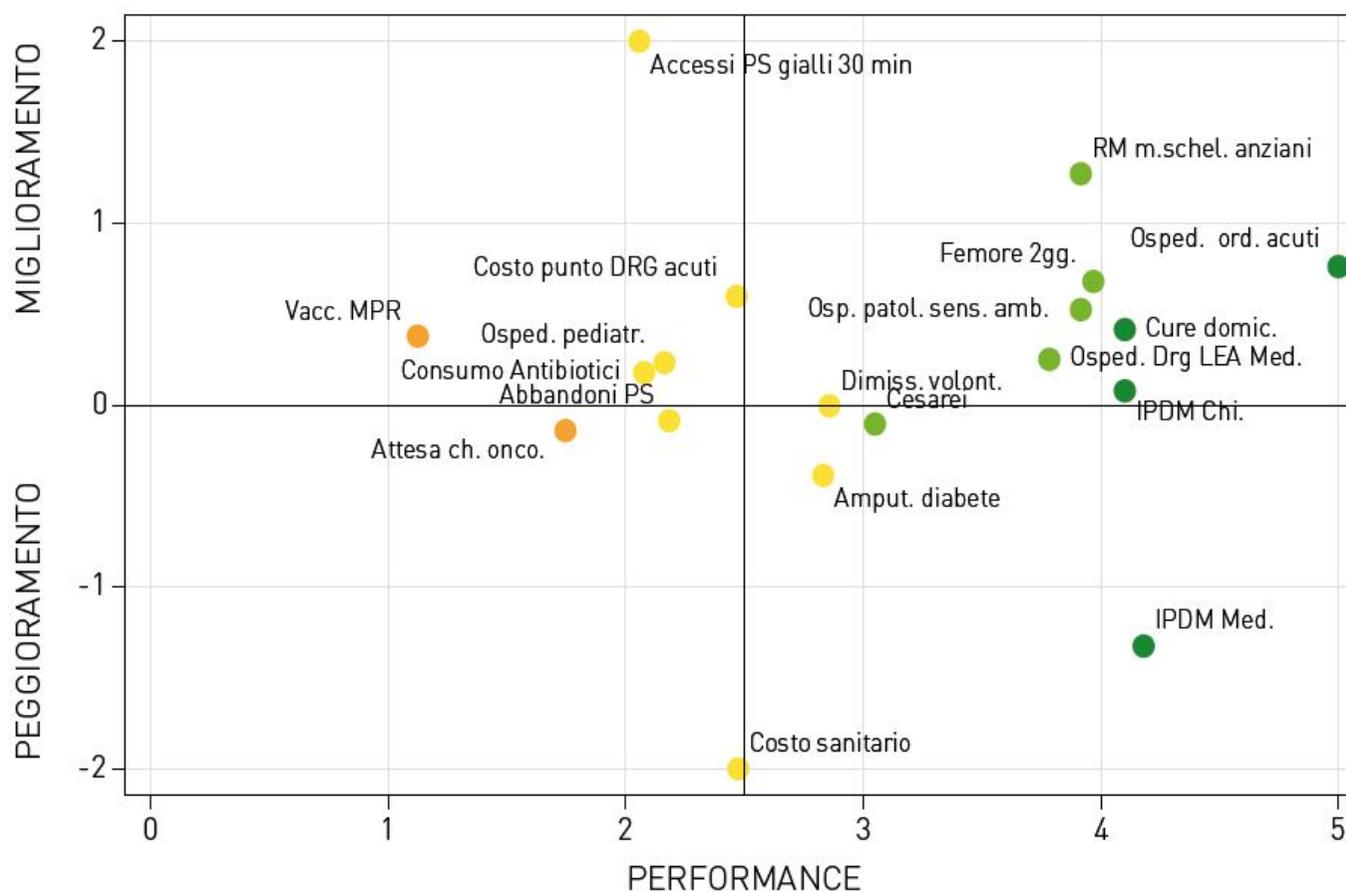
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Toscana

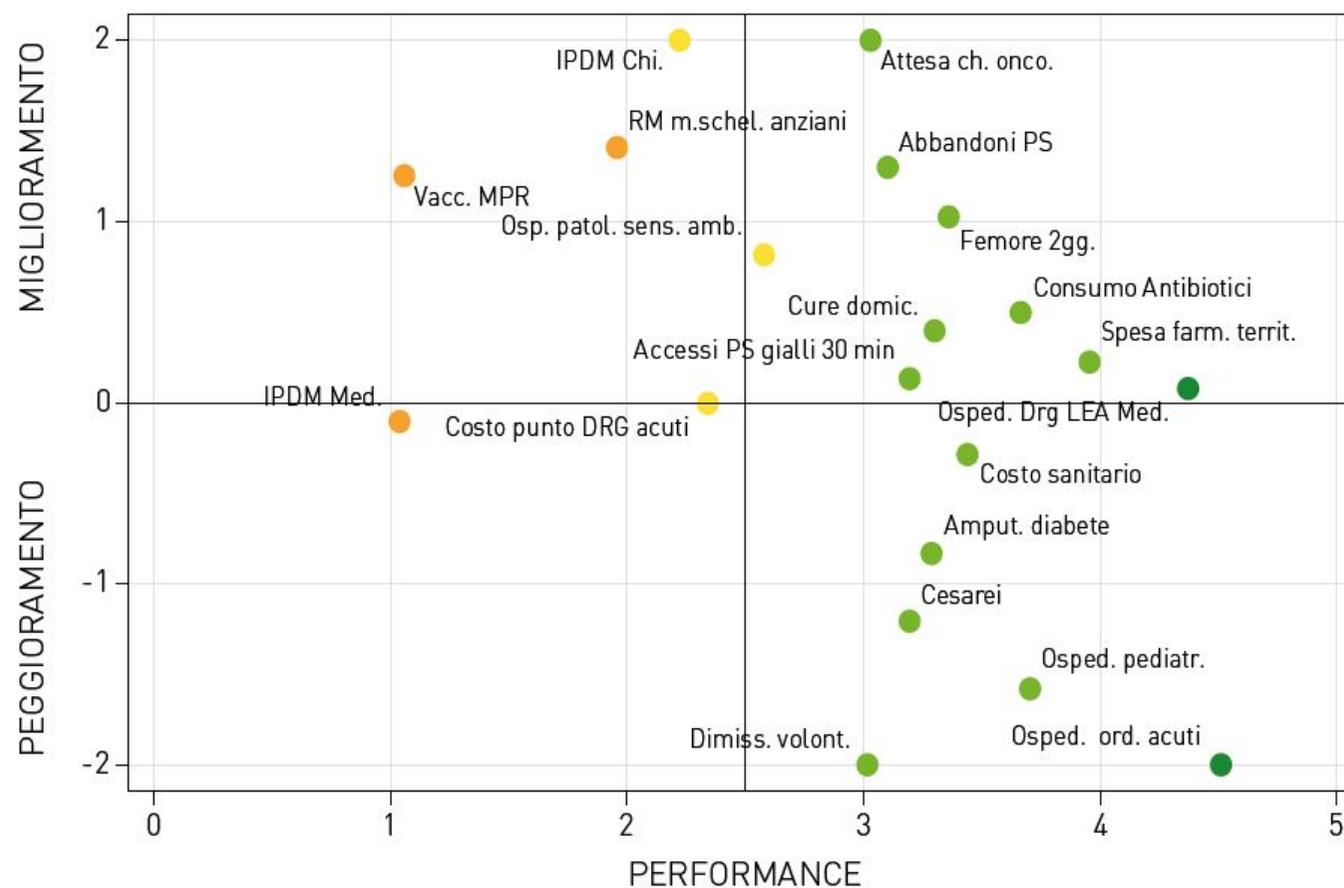
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Veneto

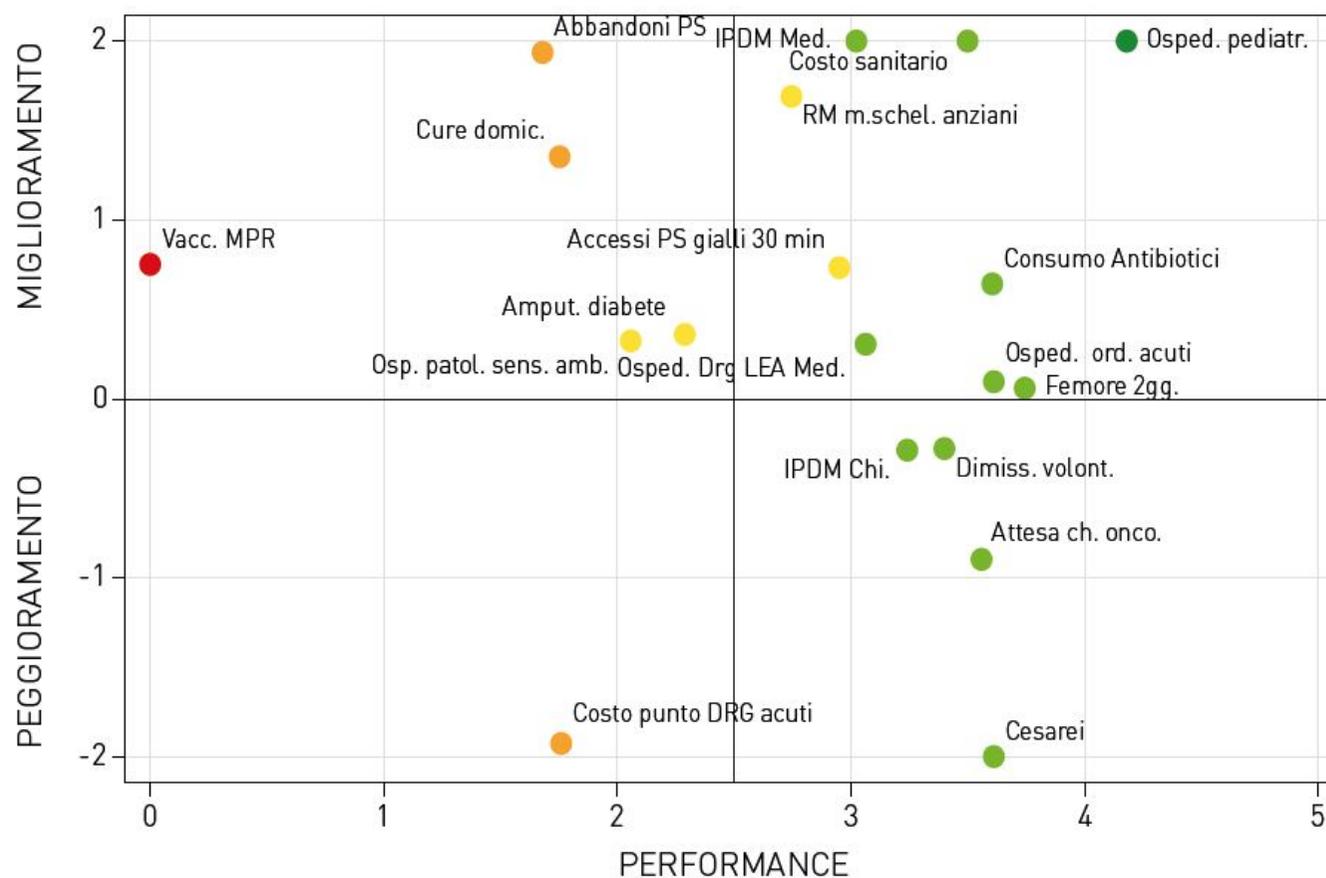
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

Friuli Venezia Giulia

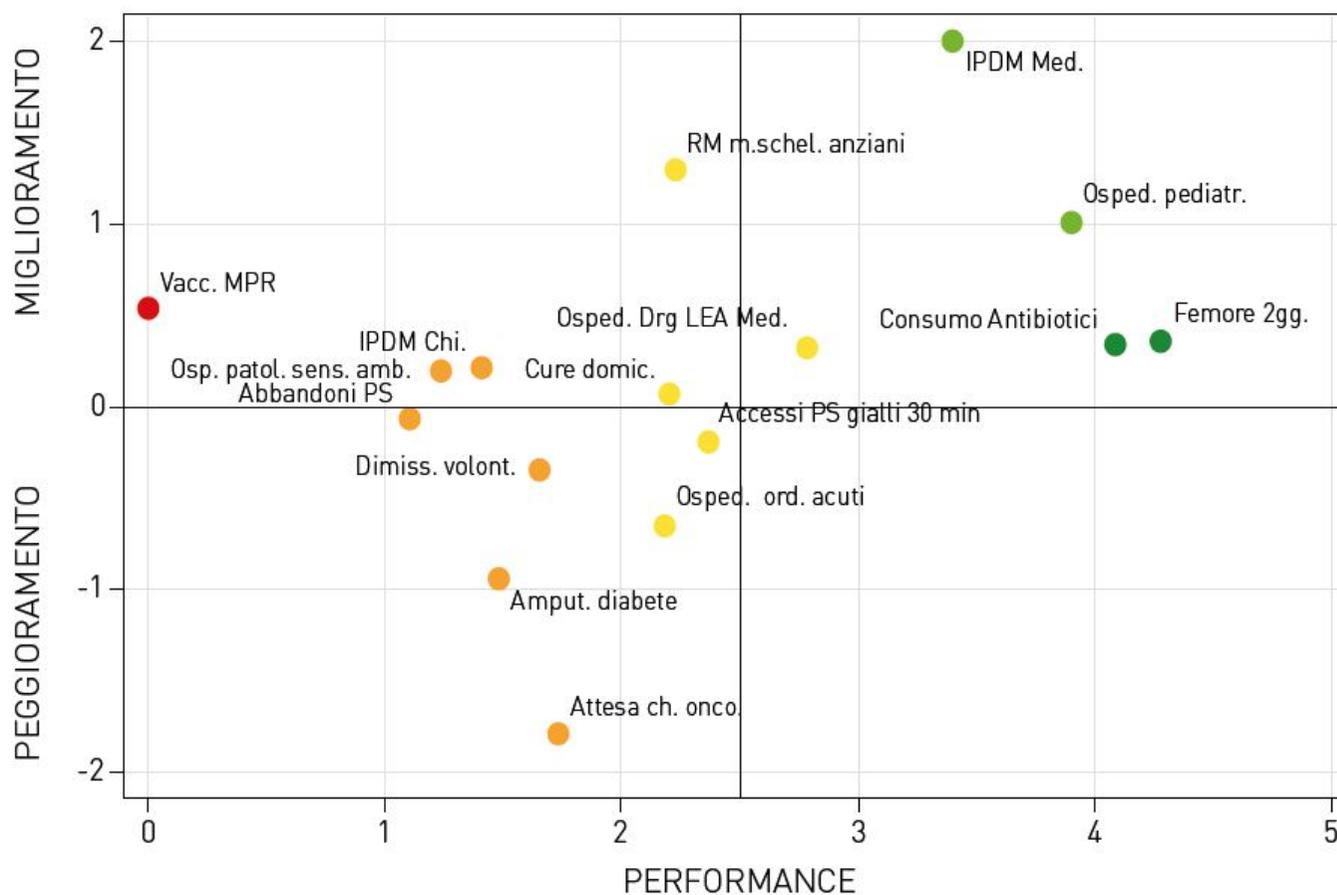
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

ASUITS

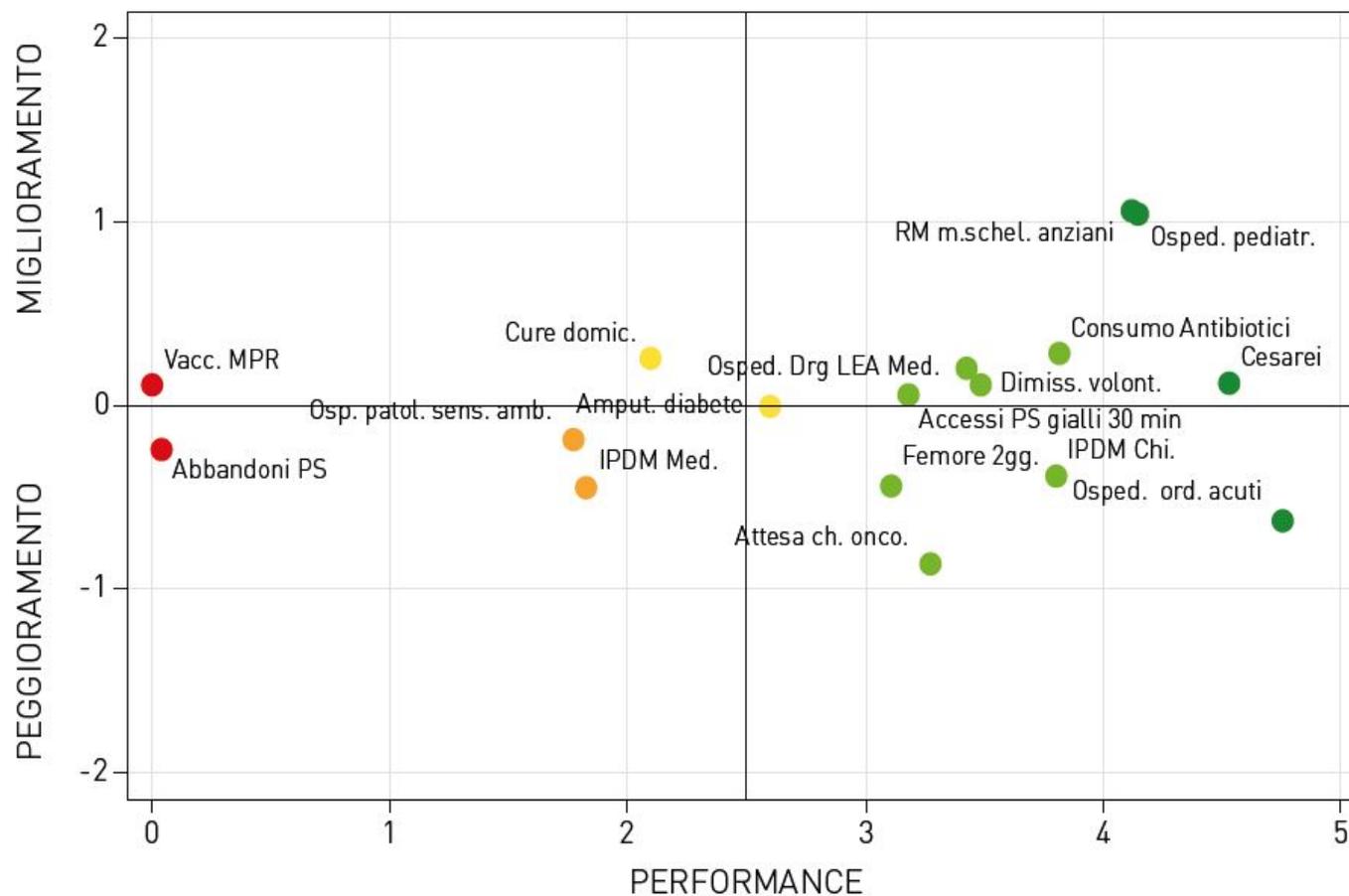
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

AAS2

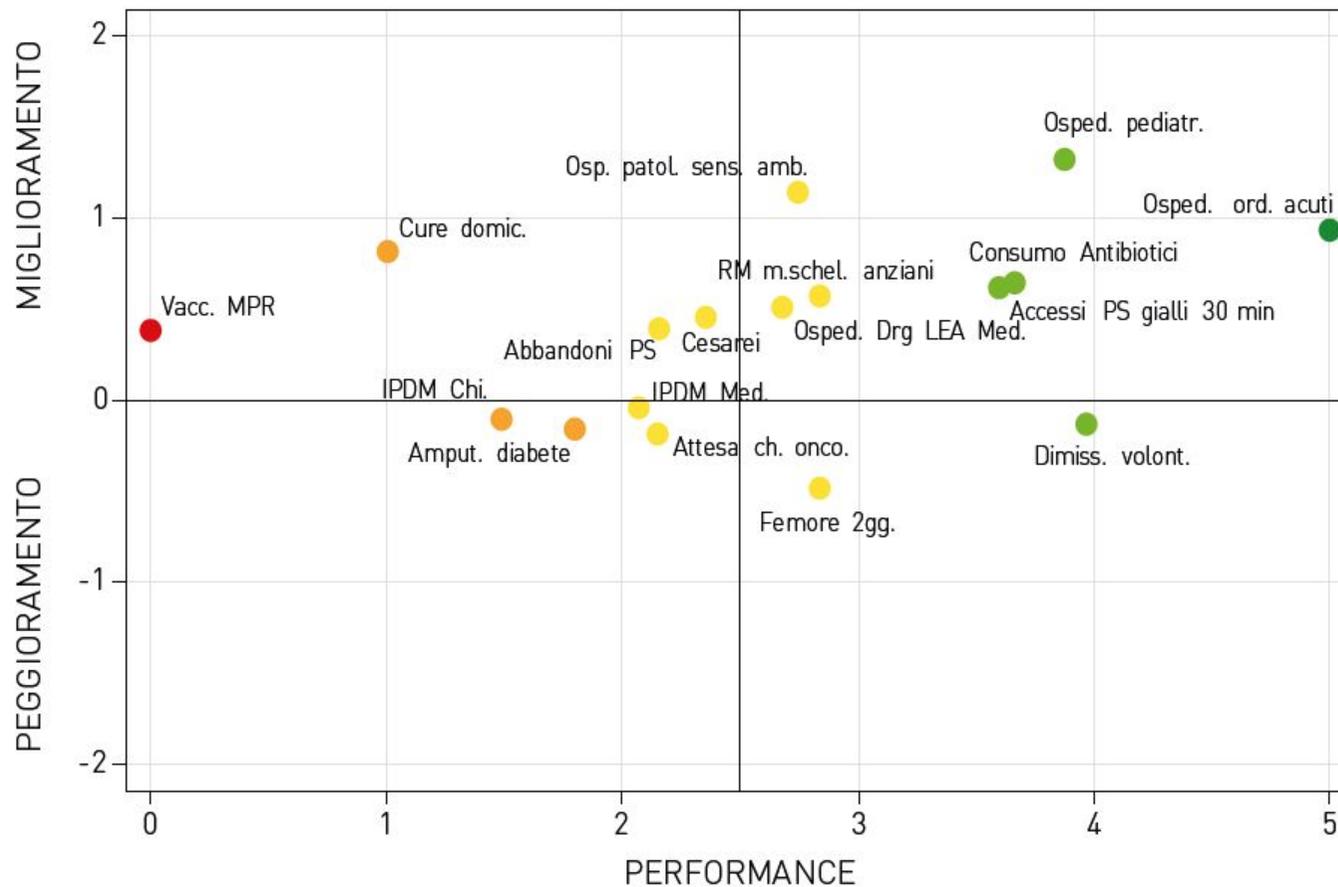
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

ASUIUD

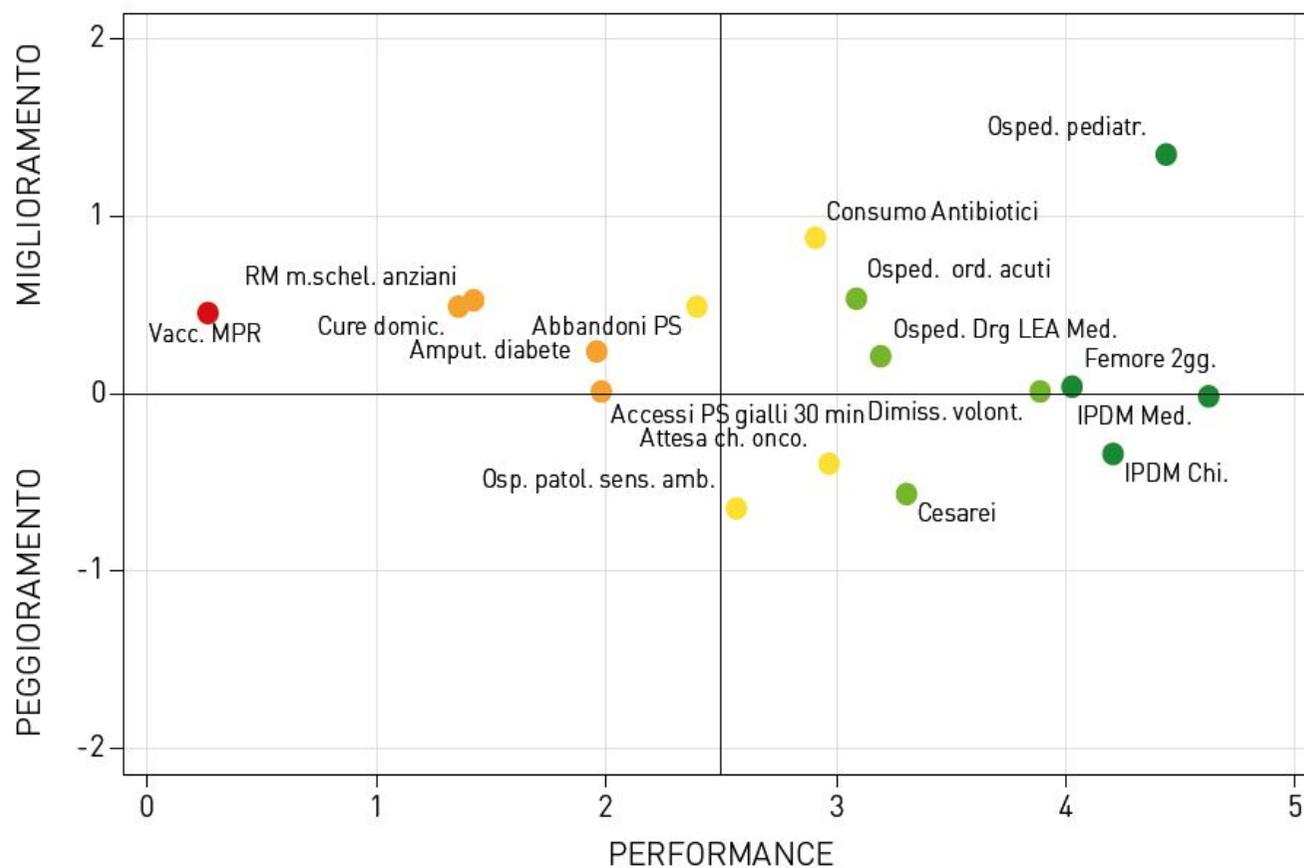
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

AAS5

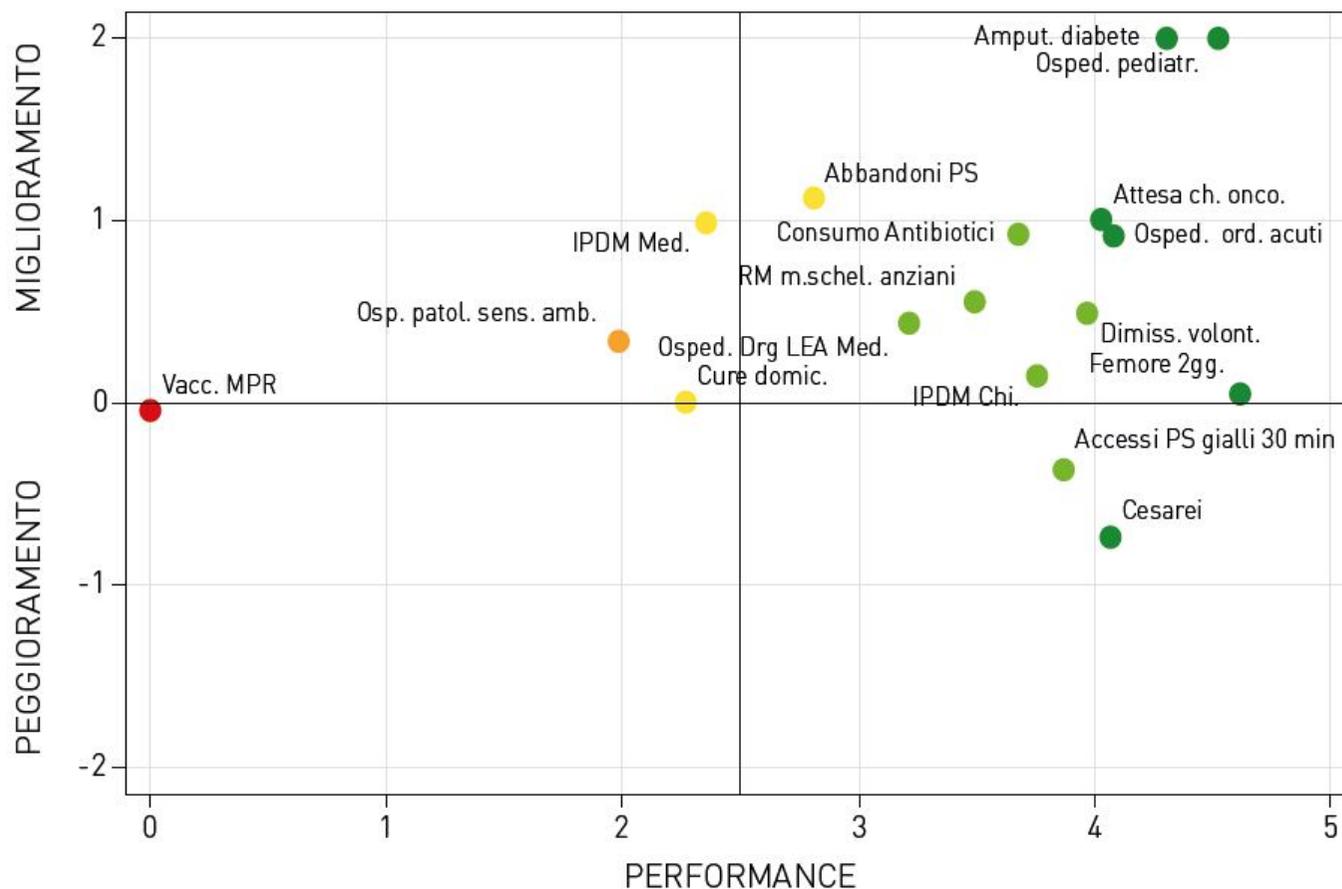
Mappa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

AAS3

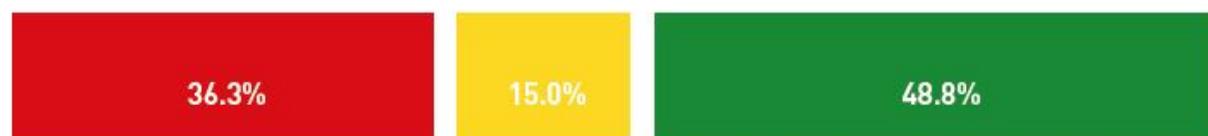
Mapa di performance e trend (2015-2016)



AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN FVG

Andamento indicatori: trend 2015-2016

Numero indicatori: 80



Numero indicatori: 90



Numero indicatori: 88



Numero indicatori: 83



Numero indicatori: 89



LEGENDA:

- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo