



Assessore regionale alla salute e protezione sociale

Verso il Piano sociosanitario regionale 2010-2012

La vita sana nella società responsabile

*Libro verde sul futuro
del sistema sociosanitario regionale*

INDICE

Perchè un libro verde per il sistema sociosanitario regionale.....	pg	3
Come leggere il Libro verde.....	"	7
Come partecipare al miglioramento del sistema sociosanitario.....	"	8
Linee strategiche per il sistema sociosanitario regionale.....	"	9
Linea 1 - Eque opportunità di salute per tutti.....	"	9
Linea 2 - Un sistema sociosanitario di alta qualità	"	12
Linea 3 - Una rete ospedaliera efficiente e sicura	"	14
Linea 4 - Legami più stretti e alleanze più forti con le comunità locali	"	16
Linea 5 - Un capitale professionale valorizzato e motivato	"	18
Linea 6 - Strutture, servizi e percorsi sociosanitari accreditati a tutela della qualità e dell'equità.....	"	20
Linea 7 - Tempi di attesa ridotti.....	"	22
Linea 8 - Una presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e con disabilità	"	24
Linea 9 - Cure e interventi domiciliari a sostegno della permanenza nel proprio ambiente di vita	"	27
Linea 10 - Inserimento nel mondo del lavoro come diritto delle persone con disabilità	"	29
Linea 11 - Scelte consapevoli per l'innovazione tecnologica	"	31
Linea 12 - Sistemi informativi integrati e accessibili ai diversi attori..	"	32
Linea 13 - Una dimensione internazionale delle politiche per la salute	"	34

PERCHÉ UN LIBRO VERDE PER IL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

Un Libro verde, strumento già adottato dalla Commissione europea e dal Governo italiano, è un documento che raccoglie le indicazioni programmatiche e i temi portanti che una Amministrazione pubblica intende affrontare, tramite una consultazione pubblica, al fine di elaborare soluzioni condivise.

Questo documento riguarda il sistema socio sanitario regionale ed è rivolto a tutti i soggetti istituzionali, sociali, professionali, alle associazioni e ai singoli cittadini, per condividere la visione sul disegno di un nuovo modello socio sanitario.

Il Servizio Sanitario del nostro Paese si basa sui principi cardine dell'universalità di accesso e della solidarietà sociale che lo hanno portato ad essere uno dei più apprezzati al mondo.

Nella nostra regione tali principi si sono sempre coniugati con una costante ricerca della qualità.

È necessario però un ulteriore sforzo per mettere al centro dell'attenzione la salute delle persone e per proseguire nell'opera di modernizzazione dei servizi alla persona.

È maturo il tempo per prendere decisioni sul futuro del sistema socio sanitario regionale in maniera più partecipata affinché il diritto a una vita sana sia il risultato di responsabilità condivise.

Entro l'estate 2009 si intende varare il nuovo piano socio sanitario regionale 2010-2012. In vista di questo impegno, negli *Indirizzi pluriennali delle politiche sanitarie, socio sanitarie e sociali regionali* la Giunta regionale ha delineato i principi ispiratori e i temi principali del nuovo piano, definendo il modo in cui si desidera procedere per migliorare il sistema delle risposte ai cittadini.

Esistono alcuni aspetti del miglioramento che richiedono un particolare approfondimento e una verifica di fattibilità. E' stato pertanto individuato nel Libro verde uno strumento utile per esercitare il diritto alla partecipazione in materie che toccano così da vicino ciascuno di noi e che vanno affrontate con senso di responsabilità, di solidarietà e di civiltà.

È la prima volta che si procede così nella nostra Regione: verrà assicurato l'iter istituzionale della pianificazione strategica, svolto osservando i vincoli che le norme pongono, arricchendolo però con le osservazioni e i suggerimenti dei professionisti, delle associazioni e dei cittadini, che è giusto e opportuno avere sempre più vicini.

A premessa del Libro verde, preme riprendere e ribadire i principi che ispirano le politiche socio sanitarie della Giunta regionale, quali:

*EQUITÀ, QUALITÀ, SOSTENIBILITÀ, TRASPARENZA, SICUREZZA, RESPONSABILITÀ,
SEMPLIFICAZIONE*

L'universalità di accesso e la solidarietà sociale devono continuare ad essere i fondamenti dei servizi pubblici alla persona della nostra Regione, condizioni necessarie ma non ancora sufficienti a garantire la loro equità. Equità necessaria per prevenire una delle principali ingiustizie di cui le persone soffrono oggi: la disparità di trattamento a fronte di medesimi problemi.

Quali fenomeni caratterizzano la disequità, quali motivi la originano? Come si può ridurre l'impatto?

Oggi, i criteri di accesso ai servizi sanitari e a quelli sociali sono di per sé differenti, come differenti sono i tempi e i modi con cui essi rispondono e prendono in carico le problematiche dei cittadini. Spesso accade che una stessa persona con un problema di salute e con necessità assistenziali, non riesca ad avere risposte contemporanee e concordate da parte di servizi sanitari e di servizi sociali.

Per questo è necessario arrivare a definire una modalità di approccio ai problemi di cura e di assistenza che non sia lasciata alla buona volontà di alcuni operatori e dei cittadini coinvolti, ma che sia frutto di un accordo strutturale, stabile e sostenibile, tra sistema sanitario e sistema dei servizi sociali, per assicurare il diritto che ognuno di noi ha alle cure e alla salute.

Molti ritengono che il servizio pubblico sia in generale lento ad erogare alcune risposte. Questa convinzione deriva spesso dalla mancanza di consapevolezza o di conoscenza delle logiche di priorità, di gravità, di rischio per la salute, secondo cui un servizio pubblico è organizzato. Non si può pensare di ottenere negli stessi tempi, ad esempio, la stessa prestazione diagnostica (un'ecografia, una TAC, una risonanza magnetica) per un trauma banale o per un sospetto di malattia tumorale.

Si può fare molto per migliorare l'informazione sul corretto uso dei servizi, sui comportamenti sani e sui fattori di rischio. Altrettanto si può fare per ridurre le differenze tra le diverse aree della nostra regione, che nel suo complesso è in grado di fornire risposte efficaci ed efficienti.

Modalità di accesso più semplici, possibilità di utilizzare le tecnologie informatiche, abbattimento delle barriere culturali, organizzative e geografiche, possono contribuire in maniera significativa a ridurre le disuguaglianze.

Queste criticità non inficiano comunque il livello di qualità del sistema sanitario regionale. Quello del Friuli Venezia Giulia, infatti, viene considerato uno dei servizi sanitari pubblici regionali di miglior qualità in Italia e il grado di soddisfazione da parte della popolazione è complessivamente buono.

Nel recente documento *"La vita buona nella società attiva – libro verde sul futuro del modello sociale"*, proposto nel luglio 2008 dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il Friuli Venezia Giulia risulta al primo posto in Italia per qualità delle prestazioni sanitarie erogate e nei primi posti nel rapporto tra qualità e spesa sanitaria pro-capite.

Queste graduatorie confortano in termini di virtuosità del sistema, ma non esimono dal ricercare un miglioramento.

Soprattutto in tempi come questi, di risorse limitate, il margine di miglioramento è legato alla lotta agli sprechi, ad un incremento dell'attenzione alle priorità, alle necessità di fare investimenti guardando al futuro.

È doveroso migliorare, ma va tenuta in debita considerazione la sostenibilità complessiva delle scelte che andremo a fare. E' necessario ragionare sull'oggi avendo a cuore il fatto che le nostre scelte ricadranno sulle prossime generazioni. Non è più accettabile usare le risorse disponibili (soldi, strutture, personale) senza considerare le conseguenze a lungo termine.

Il tema della sostenibilità riguarda il "quanti soldi" spendere oggi, il "come", il "dove" e soprattutto il "perché". Già oggi stride il confronto tra spese poco utili o pericolose, sostenute per ragioni di cattiva politica, e spese che, pur necessarie, non sono abbastanza cospicue.

Le scelte da fare comportano la consapevolezza dei fattori che condizionano il presente e il futuro, come ad esempio:

- popolazione sempre più longeva;
- patologie croniche in aumento;
- disponibilità di tecnologie sempre più costose da usare con sempre maggior discernimento;
- interdipendenza tra il benessere di una comunità e il suo stato di salute;
- situazione economica critica.

Non vi può essere sviluppo senza salute e senza coesione sociale e non vi possono essere salute e coesione sociale senza sviluppo.

Per questo, la salute deve rimanere uno dei fattori irrinunciabili per garantire uno sviluppo coerente con i principi della solidarietà sociale del giovane verso l'anziano, del forte verso il debole, del ricco verso il povero, del sano verso il malato, rispettosi al contempo della loro proiezione verso il futuro.

A fronte di questo scenario è necessario, secondo criteri espliciti, definire le priorità e individuare le soluzioni possibili e accettabili in base alle risorse disponibili e alle conoscenze scientifiche.

È necessario farlo con trasparenza discutendo con gli interlocutori istituzionali, con i professionisti e le loro associazioni, con le associazioni che rappresentano i cittadini, i malati e i loro familiari.

Se non sarà possibile ottenere un consenso su ogni aspetto, che almeno che il dissenso sia consapevole e responsabile.

C'è bisogno di informazione diffusa, corretta, completa e imparziale. All'interno dei servizi, gli operatori devono essere resi partecipi dei processi di sistema in modo che la quotidianità del loro lavoro trovi armonia con gli obiettivi più

generali. I cittadini devono imparare a conoscere meglio i propri diritti e i propri doveri in tema di corretto uso delle risorse comuni e di corretta modalità di accesso ai servizi.

Fiducia, chiarezza del rapporto tra diritti e doveri, unitamente ad un linguaggio comprensibile e reciprocamente rispettoso contribuiranno certamente alla sicurezza del sistema.

La maggior parte dei malfunzionamenti che si verificano nel mondo sanitario non sono dovuti a imperizia o a scarsa capacità professionale, quanto a problemi organizzativi ed a difetti di comunicazione tra operatori e tra operatori e cittadino.

Uno sforzo va compiuto anche in direzione della messa in sicurezza sul piano delle procedure, delle tecnologie, degli ambienti e delle condizioni di lavoro degli operatori.

Quale sicurezza, quale attenzione, quale qualità potrebbero garantire quei professionisti che si trovassero ad operare in servizi sottodimensionati, in ambienti inadeguati, in un clima di lavoro demotivante?

E d'altra parte quale sicurezza, quale qualità può garantire un servizio che si occupa di un numero di casi eccessivamente limitato?

C'è bisogno di un'assunzione di responsabilità diffusa, da parte di tutti gli attori del sistema: amministratori, cittadini, rappresentanze sociali e operatori.

Un sistema sanitario, sociosanitario e sociale che abbia tra i propri principi fondanti l'equità, la trasparenza e la responsabilità deve necessariamente diventare più semplice.

Semplificazione quindi per le procedure della pubblica amministrazione, per ridurre trafile e spreco di tempo per i cittadini e per gli operatori.

Quello che si vuole realizzare insieme, è un sistema sociosanitario di qualità più vicino ai cittadini, più semplice, più tempestivo, più equo, più efficiente, più incisivo nelle potenzialità e nella partecipazione del capitale professionale.

A partire da questi principi, viene avviato un confronto aperto in vista del nuovo Piano sociosanitario regionale. Il Libro verde rappresenta il telaio delle decisioni che il Piano sociosanitario indicherà. Alcune scelte sono complesse e presentano più opzioni di intervento. Saranno accolti osservazioni e suggerimenti da parte di quanti intendano concorrere apertamente alle decisioni che in ogni caso compete assumere all'Amministrazione Regionale.

L'Assessore regionale alla salute e protezione sociale
VLADIMIR KOSIC

COME LEGGERE IL LIBRO VERDE

Con la condivisione degli Indirizzi pluriennali delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali regionali presentati dall'Assessore alla Salute e alla Protezione Sociale, il 3 Dicembre 2008 la Giunta Regionale del Friuli Venezia Giulia ha dato avvio all'iter istituzionale per la stesura del nuovo Piano sociosanitario, che definirà gli interventi prioritari nel rispetto della sostenibilità delle scelte.

Con questo Libro verde, la Giunta regionale intende rendere trasparenti le scelte da effettuare ed affrontare, in modo partecipato, la definizione di alcuni interventi che, pur considerando che oggi la qualità complessiva del Servizio Sanitario Regionale è tra le migliori in Italia, partono da una serie di criticità già identificata e che sollecita una maggiore attenzione al miglioramento.

La ricchezza delle comunità locali e il fitto tessuto di attori sociali presenti sul territorio regionale rappresentano un patrimonio imprescindibile al quale il Libro è indirizzato.

Molte priorità sono già state definite e impongono scelte precise e non rinviabili. Per altri temi specifici, invece, le cose da fare, i tempi e i modi rendono opportuna una consultazione allargata.

Questo Libro verde infatti, in analogia con strumenti simili adottati dalla Commissione europea e dal Governo italiano, è rivolto a tutti i soggetti istituzionali, sociali e professionali e serve per affrontare alcuni aspetti delle possibili decisioni da assumere.

Sono presentate tredici linee strategiche che si riferiscono agli Indirizzi pluriennali sopra richiamati. Ogni linea è articolata in più parti:

- una sintesi dei problemi aperti e della situazione attuale, corredata da alcuni dati
- gli interventi da realizzare
- alcune domande su aspetti ritenuti particolarmente complessi e su cui possono esserci molteplici opzioni di intervento
- una sintesi di alcuni dati significativi.

Su queste Linee, ed eventualmente su altre indicate dai soggetti interessati, è prevista la consultazione pubblica che inizia con la presentazione del presente documento e avrà i tempi e le modalità indicate nella pagina seguente.

Precisato che il documento di pianificazione successivamente elaborato sarà sottoposto alle consultazioni formali previste dalle specifiche normative, anche i soggetti istituzionali sono invitati a partecipare anche alle consultazioni pubbliche.

COME PARTECIPARE AL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO

La consultazione pubblica è organizzata attraverso la raccolta di contributi che potranno essere inviati:

- tramite le pagine web sul sito www.libroverde.regione.fvg.it
- all'indirizzo di posta elettronica libroverde@regione.fvg.it
- per posta ordinaria, all'indirizzo
Libro Verde
c/o Agenzia Regionale della Sanità
Via Pozzuolo, 330
33100 Udine

Tutti i cittadini, sia come associazioni sia come singole persone, e tutti gli attori istituzionali possono contribuire alla consultazione.

In particolare la 3a Commissione Consiliare, le Province, le Università, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, le Aziende Sanitarie, gli Ambiti ed i Distretti sono invitati a fornire l'apporto alla consultazione pubblica anche attraverso la diffusione e la raccolta di contributi all'interno delle proprie istituzioni.

È di particolare rilevanza che giungano contributi sui temi esplicitamente indicati nel documento e nel box domande, anche se non è ovviamente necessario rispondere a tutte le domande.

Pur tuttavia saranno esaminati con attenzione tutti i contributi che perverranno su qualsiasi altro argomento relativo al miglioramento del sistema sociosanitario, sia che si tratti di ulteriori linee, sia che si tratti di argomenti non specificamente indicati nel box domande.

Per evitare inutili ridondanze di contributi, non saranno presi in considerazione contributi anonimi.

Le consultazioni pubbliche **si chiudono il 30 aprile.**

Nel periodo in cui saranno aperte le consultazioni pubbliche, saranno organizzati dei focus group su temi specifici.

LINEE STRATEGICHE PER IL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

Linea 1 - Eque opportunità di salute per tutti

La salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia è nel complesso buona. Tuttavia, come in tutto il resto d'Italia, anche in regione esistono differenze di accesso, cura ed esiti dovute a diverse opportunità offerte ai cittadini non legate necessariamente alla qualità dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

- In Friuli Venezia Giulia, alla fine del 2007 risiedevano 1.224.981 persone. Circa il 23% ha superato i 65 anni di età. A 75 anni il 60% è di sesso femminile.
- L'aspettativa di vita alla nascita è di 78,9 anni per i maschi e di 84,3 anni per le femmine; nell'arco degli ultimi 30 anni, gli uomini hanno guadagnato quasi 11 anni di vita e le donne un po' più di 9.
- 70 persone su 100 dichiarano di godere di buona salute.
- La mortalità nel primo anno di vita è fra le più basse nel mondo ed è pari a 1,4‰ nel 2007.
- L'incidenza di tumori maligni e la mortalità per neoplasie sono tra le più alte d'Italia. Il tasso di mortalità pari a 42,66 per 10.000 ed è secondo solo a quello della Lombardia.
- A 65 anni, il 16% della popolazione presenta almeno una patologia cronica; tale percentuale aumenta al 25% nelle persone di 75 anni.
- Le persone che dichiarano tre o più malattie croniche sono il 9% dei maschi e il 16% delle femmine; le percentuali salgono a più del 30% dei maschi e a più del 42% delle femmine dopo i 65 anni di età.
- Il 26,8% delle persone dichiara di fare uso quotidiano di farmaci.
- Un adulto su tre assume alcool fuori pasto, in confronto alla media italiana di un adulto su quattro.
- L'abitudine al fumo riguarda ancora una proporzione elevata della popolazione adulta, pari al 22% delle persone con età superiore a 15 anni.
- La speranza di vita libera da disabilità a 15 anni di età è di 58,7 anni nei maschi (58,8 in Italia) e di 63,5 nelle femmine (62,3 in Italia), a 45 anni di età è di 30,5 anni nei maschi (30,5 in Italia) e di 34,5 nelle femmine (33,2 in Italia).

I fattori non sanitari che determinano differenze nello stato di salute sono molteplici e interdipendenti, come ad esempio:

- lo stato sociale (reddito e scolarità),
- lo stress,
- il benessere nei primi anni di vita,
- l'esclusione sociale,
- la qualità del lavoro,
- la disoccupazione,
- la qualità della rete sociale,

- l'uso di sostanze (alcol, fumo e droghe),
- la cattiva alimentazione,
- l'inadeguata disponibilità di trasporti.

Nella nostra regione sono state rilevate differenze importanti tra aree geografiche ad esempio nell'accesso a pratiche preventive o ai servizi di emergenza.

Altre differenze riguardano le alternative assistenziali come i benefici economici per chi è accolto in casa di riposo rispetto a chi sta a domicilio.

Per fare alcuni esempi, la variabilità tra aree distrettuali è del 20% per gli anni di vita potenziali persi a causa di mortalità precoce, gli anziani sottoposti a vaccinazione antinfluenzale variano dal 63% al 73% (rispetto al 75% auspicato), l'adesione agli screening oncologici decresce al crescere dell'età.

Secondo l'ISTAT la percentuale di povertà relativa in regione nel 2007 era del 6,6% contro il 5,5% rilevato nel Nord Italia.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- L'imponibile IRPEF medio del distretto sanitario più ricco (area urbana di Pordenone) è superiore di quasi il 40% a quello del distretto più povero (Distretto Nord dell'ASS6). Livelli più bassi di imponibile medio si associano in molti casi a tassi più elevati di mortalità precoce. La mortalità per ischemia del miocardio è pari a circa lo 0,3% nel distretto con l'imponibile più elevato e raggiunge quasi lo 0,6% nel distretto con l'imponibile più basso.
- In media, ogni residente della regione riceve circa dieci prestazioni specialistiche ambulatoriali in un anno. Il numero di prestazioni varia tra i distretti, con una differenza massima (tra il distretto di San Daniele e quello di Udine) del 40%.
- Solo il 65,9% degli ultrasessantacinquenni ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale.
- Le persone adulte che non si sono mai sottoposte a una misurazione della pressione arteriosa sono il 14,7% (il 16,3% in Italia); quelli che non hanno mai effettuato una colesterolemia sono il 17,8% (19,2% in Italia); il 18,1% non ha mai eseguito una glicemia (19,0% in Italia). La percentuale di quanti non si sono mai sottoposti a ognuno di questi accertamenti decresce al crescere delle età e aumenta con l'aumentare della scolarità.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- organizzare le cure primarie secondo programmi attivi di governo clinico in modo tale che la medicina generale, principale servizio usufruito da tutti i cittadini e loro primo punto di riferimento, possa rivestire un ruolo essenziale nel perseguimento dell'equità;
- mettere a punto programmi sistematici di monitoraggio delle popolazioni a rischio, in modo tale che gli interventi preventivi, di cura, di assistenza e di riabilitazione possano essere identificati ed erogati in maniera tempestiva, anticipando la richiesta da parte dei cittadini e superando il modello a domanda individuale degli interventi assistenziali e quello della "medicina di attesa";

- organizzare programmi regionali condivisi tra i diversi attori di promozione della salute, dando particolare attenzione ad alimentazione, attività fisica, astensione dal fumo;
- eliminare le differenze di opportunità offerte in strutture o contesti assistenziali diversi a persone con problemi simili (per esempio a domicilio o in residenze protette o in ospedale);
- agevolare l'accesso ai servizi e ai benefici semplificando le procedure e le modalità organizzative anche attraverso la strutturazione di un sistema continuo ed interattivo di segnalazione e proposte da parte dei cittadini;
- sviluppare e monitorare interventi di comunità e di promozione della salute condivisi da Aziende sanitarie, Enti Locali, associazioni di volontariato e altre risorse territoriali secondo il principio della sussidiarietà (come previsto dall'art. 118 della Costituzione italiana, in ambito sanitario e sociale devono essere promosse e favorite le iniziative autonome dei cittadini singoli ed associati);
- riorganizzare i servizi sanitari, sociosanitari e sociali anche nella logica del partenariato pubblico-privato di qualità al fine di raggiungere la parte di popolazione con minore capacità di accesso.

LE DOMANDE

- In quale modo gli Enti Locali, i cittadini e tutte le risorse territoriali possono attuare, assieme al servizio sanitario, programmi di promozione della salute, in particolare per le persone più svantaggiate?
- Quali potrebbero essere le iniziative o i progetti per dare piena attuazione in ambito sanitario e sociosanitario all'art. 118 della Costituzione, che recita: "Stato, Regioni, città metropolitane, province e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà"?
- Attraverso quali forme di partecipazione è possibile raccogliere i contributi, le segnalazioni e i suggerimenti per la semplificazione del rapporto tra cittadini e servizi?

Linea 2 - Un sistema sociosanitario di alta qualità

Il Friuli Venezia Giulia ha sviluppato, in particolare in ambito sanitario, un articolato sistema di misurazione di parametri di qualità (performance), che ha evidenziato l'esistenza di alcuni problemi.

Ad esempio:

- il tempo di accesso al sistema dell'emergenza risulta eccessivamente lungo in alcune aree;
- la qualità della gestione di alcune patologie croniche e delle malattie terminali è disomogenea.
- in alcuni ospedali qualche funzione presenta una casistica troppo bassa per garantire una buona qualità delle prestazioni;
- altri ospedali presentano una casistica molto complessa, pur non essendo adeguatamente strutturati per trattarla con la necessaria sicurezza;

Nella maggior parte dei casi, le misurazioni sono state orientate sul numero delle prestazioni e più in generale sui volumi di attività.

Solo in poche occasioni le valutazioni prodotte sono state usate per prendere decisioni conseguenti, in particolare per premiare la qualità e per attivare interventi di ristrutturazione organizzativa.

Nell'ambito sociosanitario e sociale non risultano attivi strumenti di misurazione della qualità.

La costruzione di un nuovo sistema sociosanitario deve avvalersi di un costante monitoraggio e di un approccio per obiettivi, in modo da consentire ai decisori e agli interlocutori sociali di misurare in modo continuativo l'avvicinamento ai risultati attesi, l'effettiva utilità delle politiche adottate, le opportunità di correzioni in caso di scostamenti, il confronto con altre Regioni e con altri Paesi.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Le persone affette da diabete mellito che hanno effettuato almeno una emoglobina glicata nell'arco del 2007 sono il 71,8%; il 65,8% ha eseguito una colesterolemia.
- L'80% delle persone dimesse con diagnosi di infarto miocardico acuto ha ricevuto una prescrizione di aspirina, il 75,6% di betabloccante
- La percentuale dei ricoveri chirurgici ordinari potenzialmente inappropriati varia nelle diverse aziende dal 13% al 41%
- La percentuale di pazienti ricoverati in hospice entro 72 ore dalla segnalazione varia dal 50% al 100%.
- La percentuale di operatori che eseguono il lavaggio delle mani allo scopo di ridurre le infezioni ospedaliere varia dal 26% al 47%.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- misurare i risultati di salute e di buona qualità delle cure raggiunti dalle Aziende sanitarie, dalle strutture e dai singoli professionisti, in particolare quelli conseguiti a favore delle persone con malattie croniche;

- usare le informazioni derivanti dai processi di valutazione della qualità per attivare gli interventi correttivi;
- avviare il processo di valutazione della qualità anche nell'ambito sociosanitario e sociale;
- rendere trasparenti e pubblici i dati rilevanti per permettere di sviluppare la libera scelta del cittadino;
- attivare sistemi premianti dedicati alle Aziende sanitarie, ai servizi, alle strutture e ai professionisti, sulla base dei risultati raggiunti in termini di buona qualità delle cure (pay for performance).

LE DOMANDE

- Quali sono le informazioni, i dati, i risultati sulla qualità dei servizi che dovrebbero essere messi a disposizione dei cittadini per permettere la libera scelta del luogo di cura? Fino a che livello di dettaglio dovrebbero essere disponibili (esempio ospedale, reparto, singolo operatore)?
- Quanta rilevanza dovrebbe avere la quota di finanziamento legata ai risultati raggiunti da aziende, strutture, singoli professionisti?
- Come dovrebbe essere usato il rapporto tra il numero di prestazioni erogate e i risultati raggiunti per indirizzare i cittadini o per autorizzare o non autorizzare le strutture a fornire determinate prestazioni?

Linea 3 – Una rete ospedaliera efficiente e sicura

In Friuli Venezia Giulia sono attivi 18 presidi ospedalieri pubblici e 5 privati accreditati per un totale di 5.300 posti letto, con una presenza media giornaliera di 3.500 ricoverati. Il tasso di ospedalizzazione, di 160 ricoveri ogni mille abitanti, è tra i più bassi d'Italia, ed evidenzia un buon livello di appropriatezza dei ricoveri.

La rete ospedaliera regionale è molto sviluppata ed è caratterizzata da un numero elevato di funzioni e strutture di alta specialità rispetto al numero di abitanti della regione.

Il rapporto complessivo domanda/offerta trova un equilibrio corretto se si considera la totalità dei bisogni sull'intero territorio regionale.

Le tre aree vaste individuano invece una dimensione troppo piccola per giustificare un'organizzazione della rete ospedaliera idonea ad intercettare correttamente tutti i bisogni complessi. Infatti, il bacino di riferimento ideale per molte alte specialità è di almeno un milione - un milione e mezzo di abitanti.

Inoltre la dispersione territoriale delle sedi ospedaliere rende difficile il reperimento del personale necessario.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Negli ospedali ogni giorno sono ricoverate in media 3.524 persone di cui 1.531 nelle aziende ospedaliere universitarie di Udine e Trieste.
- Il tasso di occupazione dei posti letto negli ospedali regionali è del 73,3% ; in quattro ospedali è sotto il 70%, in quattro è oltre l'80%;
- Il tasso di ospedalizzazione regionale è sceso dal 212 ‰ del 1996 al 160 ‰ del 2007.
- Il tasso grezzo di ospedalizzazione varia dal 152 ‰ dell'ASS3 Alto Friuli al 174 ‰ dell'ASS 1 Triestina.
- Le giornate complessive di degenza si sono ridotte da 2.034.000 nel 1996 a 1.403.000 nel 2007.
- La degenza media per un ricovero ordinario era di 8,6 giorni nel 1996 ed è diventata di 7,9 giorni nel 2007.
- Nel 1996 solo il 5,6% delle giornate totali di ricovero in ospedale era in day hospital, percentuale che sale al 12% nel 2007.
- La percentuale di parti cesarei varia dal 12,6% (ospedale di Palmanova) al 39,0% (AOU di Udine).
- Il 37,8% dei 2.042 ultrasessantacinquenni dimessi dagli ospedali della regione in seguito a una frattura di femore è stato sottoposto a intervento chirurgico entro la prima giornata di degenza. La degenza è stata inferiore ai 12 giorni nel 59,4% dei casi (con variazioni dal 78,1% a Spilimbergo al 42,0% a Gorizia).

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- modificare la struttura e le funzioni della rete ospedaliera per migliorarne l'efficienza e la funzionalità;
- escludere servizi e strutture le cui prestazioni siano di qualità non adeguata o la cui casistica sia numericamente troppo bassa;

- riorganizzare la rete delle alte specialità ospedaliere secondo il modello hub e spoke, concentrando competenze professionali e tecnologiche per diagnosi e cure di particolare complessità o rarità presso centri di alta specializzazione (hub) a cui tutti gli altri ospedali (spoke) fanno riferimento anche favorendo la mobilità di professionisti ed équipes. Le discipline di alta specialità sono considerate:
 - cardiocirurgia e cardiologia interventistica
 - neuroscienze
 - trapianti
 - riabilitazione di terzo livello
 - genetica
 - sistema di emergenza/urgenza
 - sistema trasfusionale
 - malattie rare
 - grandi traumi
 - oncologia specialistica
 - laboratori ad alta complessità.
- favorire la collaborazione di strutture e professionisti al fine di superare la concezione autarchica dell'ospedale e i meccanismi competitivi;
- costruire una rete hub e spoke a prescindere dagli assetti istituzionali delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie.

LE DOMANDE

- Per quali specialità o funzioni è opportuno che il sistema hub e spoke vada anche oltre la dimensione regionale?
- E' preferibile che gli ospedali di rete restino all'interno delle aziende sanitarie o che vengano istituite aziende che comprendono tutte le sedi ospedaliere?

Linea 4 - Legami più stretti e alleanze più forti con le comunità locali

Esiste la consapevolezza che diventa sempre più importante tenere conto dei contesti in cui le persone vivono e dei bisogni delle comunità locali per avviare progetti sostenibili e di successo in ambito di tutela della salute e di benessere sociale.

A livello locale, tuttavia, il coinvolgimento delle comunità, comprese le forme associative, i gruppi di pazienti e le famiglie, è molto eterogeneo.

Il sistema sanitario e i servizi sociali dei comuni continuano a presentarsi separati al cittadino.

Spesso questa frammentazione istituzionale ostacola lo sviluppo di una integrazione stabile tra servizi e comunità.

Il primo triennio di pianificazione sociosanitaria locale (Piani di zona – PDZ e Piani delle attività territoriali - PAT) ha evidenziato le potenzialità di strumenti di partecipazione, creando nelle collettività locali e negli attori sociali aspettative che non son riuscite ad esser interpretate e soddisfatte in tutti i loro aspetti. Il ruolo del distretto non è ancora sufficientemente riconosciuto e interpretato in modo uniforme.

Lo sviluppo della medicina generale e della pediatria di libera scelta in forme associative sta disegnando una nuova configurazione delle cure primarie e del rapporto tra medicina convenzionata, distretto, Enti locali e cittadini.

Il nuovo accordo nazionale della medicina generale e della pediatria di libera scelta delinea un'organizzazione ancora più diffusa verso forme di gruppo e di collaborazione tra medici, spingendo verso una modifica radicale della medicina generale attuale.

Le forme di auto-organizzazione delle comunità locali (famiglie, associazioni, istituzioni) non sono adeguatamente valorizzate per lo sviluppo di alleanze sul fronte assistenziale e organizzativo e per la configurazione di un sistema di cura e di sostegno ai processi di inclusione sociale.

Attualmente, la pianificazione delle città e del territorio, e in generale tutte le politiche urbane, non affrontano in modo esplicito la realizzazione di un ambiente favorevole alla salute, per prevenire sia gli incidenti stradali (prima causa di morte in persone sotto i 40 anni) che la sedentarietà, quale condizione che concorre all'insorgere di patologie croniche.

Inoltre l'attività pianificatoria del territorio da parte degli Enti locali non prevede un coinvolgimento attivo degli operatori sanitari, se non a valle dei procedimenti e per finalità prettamente igienico-sanitarie, di compatibilità delle varie localizzazioni e di rispetto delle norme.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Più di 2400 Enti pubblici e privati sono coinvolti nei progetti previsti dai Piani di Zona.
- Il 91% dei progetti coinvolge gli Ambiti, il 72% le Aziende sanitarie e i distretti, il 46% le associazioni di volontariato e il 24% coinvolge i privati e i cittadini.
- I fondi a disposizione per il primo triennio di progetti dai Piani di Zona ammontano a 68 milioni di euro. Di questi più di 15 milioni sono fondi delle Aziende sanitarie.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- riorganizzare le modalità della pianificazione locale sociosanitaria (PAT, PDZ) esplicitando le forme di coinvolgimento tra tutti gli attori interessati nonché la loro interazione anche nelle fasi attuative;
- riconoscere al distretto un ruolo di regia e bilanciamento nelle azioni di cui al punto precedente realizzando un livello territoriale di erogazione di servizi unico per sistema sanitario e sociale, facilitando la creazione di sedi operative comuni per i servizi sociali e sanitari e individuando una serie di livelli organizzativi riconducibili a un'unica regia e a un unico governo (accesso, accertamento e valutazione, progettazione personalizzata, gestione, rendicontazione, analisi dei risultati);
- realizzare forme innovative di gestione di servizi sociosanitari tra sistema sanitario e sociale in grado di coinvolgere pienamente e responsabilmente le comunità locali (ad esempio fondazioni di partecipazione);
- sviluppare una partecipazione attiva degli operatori sanitari alla redazione dei Piani urbanistici fin dalla fase preliminare del processo decisionale.

LE DOMANDE

- Come possiamo rendere più incisiva la pianificazione sociosanitaria a livello locale?
- Quali innovazioni possiamo apportare nella gestione e nello sviluppo del sistema di servizi alla persona a livello locale coinvolgendo pienamente e responsabilmente le comunità locali?
- Come possiamo rafforzare l'alleanza tra comunità, medicina generale, servizi sociali, servizi sanitari per cooperare a favore della salute e dell'inclusione sociale?
- Come si possono conciliare le nuove forme di organizzazione in gruppo della medicina generale con la capillarità geografica del servizio?
- Gli attuali strumenti di programmazione sociosanitaria locale (PAT – PDZ) sono da considerarsi idonei ovvero come potrebbero essere migliorati ?

Linea 5 - Un capitale professionale valorizzato e motivato

La qualità del lavoro e la motivazione del personale del Servizio Sanitario Regionale e dei servizi sociali dei Comuni, sono elementi cruciali per il buon funzionamento del sistema, per la sicurezza e per l'ottenimento di buoni risultati di salute.

Da alcune rilevazioni effettuate, il clima e la qualità del lavoro risultano critici in molte realtà.

Uno degli elementi che hanno determinato questa situazione è anche la scarsa partecipazione dei professionisti ai processi progettuali, decisionali e valutativi.

In ambito sanitario, il giusto e necessario processo di aziendalizzazione ha portato, come effetto negativo, a dare maggiore rilevanza alla promozione dell'essere dirigenti rispetto a quella dell'essere buoni professionisti.

È, inoltre, ancora poco diffusa la pratica di valutare le capacità professionali degli operatori al fine di promuovere il miglioramento continuo e la valorizzazione delle buone pratiche.

La turbolenza organizzativa, che negli ultimi anni ha interessato i sistemi sanitari e sociali, e le modifiche dei percorsi formativi di alcune figure professionali hanno reso difficile reperire professionalità adeguate alle rinnovate esigenze di cura e assistenza, di gestione e amministrazione dei servizi pubblici.

Ciò ha evidenziato che il sistema di formazione degli operatori e i meccanismi di reclutamento sono inadeguati rispetto al processo di cambiamento attualmente in atto.

Le politiche della formazione non hanno avuto, fino ad ora, adeguati indirizzi strategici regionali, soprattutto per affrontare alcuni temi rilevanti quali:

- la partecipazione del cittadino ai processi di cura;
- il lavoro multiprofessionale e multidisciplinare;
- la misurazione e la valutazione dei risultati;
- il nuovo ruolo delle cure primarie.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Alla fine del 2007 19.883 persone erano in ruolo nel Sistema sanitario regionale.
- Di questi 2.762 sono medici, 7.052 sono infermieri e 4.256 appartengono al comparto tecnico.
- Più della metà dei medici e la metà degli infermieri è dipendente delle Aziende ospedaliere universitarie di Udine e di Trieste, dell'Azienda ospedaliera di Pordenone e degli IRCCS Burlo Garofolo e CRO.
- Secondo i dati del Sistema informativo dei servizi sociali, a fine 2007, 11.975 operatori risultavano attivi complessivamente nei servizi sociali dei Comuni, nei centri diurni per disabili e nei presidi socioassistenziali. Di questi 538 erano a carico del Sistema sanitario regionale. Altri 1.238 operatori erano attivi nei servizi per la prima infanzia.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- rendere sistematica l'attività di informazione e di formazione del personale cogliendo ogni opportunità di condivisione e di coinvolgimento per la realizzazione delle politiche aziendali e dei programmi regionali;
- attivare politiche che promuovano lo sviluppo delle capacità professionali;
- rilevare sistematicamente il clima aziendale e l'opinione del personale;
- ideare e attivare sistemi di valutazione delle professionalità (attività previste sistematicamente nell'ambito dei programmi di misurazione di performance e di accreditamento);
- presidiare il fabbisogno del personale, valutando le evoluzioni dell'organizzazione e il variare del fabbisogno delle professionalità;
- realizzare un coordinamento regionale delle attività formative, che vanno censite, monitorate e programmate coerentemente con le strategie regionali e con i bisogni formativi.

LE DOMANDE

- Quali sono gli strumenti per poter far partecipare maggiormente gli operatori ai processi progettuali, decisionali e valutativi?
- In quale misura la formazione aziendale o di ambito locale deve essere orientata e guidata da un livello regionale di programmazione e di priorità?

Linea 6 – Strutture, servizi e percorsi sociosanitari accreditati a tutela della qualità e dell'equità

L'accreditamento è lo strumento tecnico con cui si verifica che una determinata struttura (pubblica o privata, sanitaria o sociale) o un determinato processo di cura, rispondano a standard predefiniti di organizzazione, di struttura, di sicurezza e di qualità.

La qualità dei servizi che vengono erogati ai cittadini è garantita tramite il processo formale della valutazione svolto da organizzazioni esterne.

Per poter svolgere attività sanitarie e sociosanitarie in Friuli Venezia Giulia è necessaria l'autorizzazione regionale.

Inoltre, in ambito sanitario, le strutture private autorizzate devono ottenere anche l'accreditamento istituzionale da parte della Regione per accedere alle convenzioni con le Aziende sanitarie.

La Regione può decidere di accreditare anche specifici percorsi di cura validi sia per le strutture pubbliche sia per quelle private accreditate (es. gestione del paziente con ictus, screening oncologici, gestione del rischio e della sicurezza).

Alcune Aziende sanitarie regionali, su propria iniziativa, hanno attivato o si stanno attivando per essere accreditate da parte di enti terzi riconosciuti internazionalmente (es. Joint Commission).

Al momento i diversi tipi di accreditamento non sono coordinati e coerenti tra loro. È quindi necessario sviluppare strategie unitarie che mirino alla garanzia costante della qualità delle strutture dell'intero Servizio Sanitario Regionale.

La Regione Friuli Venezia Giulia non ha ancora sviluppato attività di accreditamento e affidamento riguardanti le strutture residenziali, semiresidenziali, sociali e sanitarie e le attività integrate.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- L'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste si è accreditata con Joint Commission International.
- L'Azienda ospedaliero universitaria di Udine, l'Azienda ospedaliera di Pordenone, l'IRCCS Burlo Garofolo e l'Azienda per i servizi sanitari n. 6 Friuli Occidentale hanno avviato il processo di accreditamento con Joint Commission International.
- L'Azienda per i servizi sanitari n. 3 Alto Friuli ha avviato l'accreditamento del percorso nascita e della chirurgia protesica ortopedica con Joint Commission International.
- L'IRCCS CRO di Aviano ha avviato l'accreditamento con Canadian Accreditation.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- rendere coerenti e coordinate le diverse metodologie di accreditamento attualmente in uso, sviluppando un sistema regionale univoco;
- riconoscere a livello regionale l'accREDITamento da parte di enti terzi, usandone il più possibile gli standard nell'accREDITamento istituzionale allo scopo di garantire livelli di qualità che abbiano valenza nazionale e internazionale;
- intensificare il monitoraggio periodico finalizzato alla verifica del mantenimento dei requisiti nel tempo;
- sviluppare e diffondere forme di accREDITamento per percorsi di cura;
- misurare la qualità che viene garantita al cittadino, anche in termini di esiti sulla salute e di capacità dei professionisti;
- attivare sistemi di sorveglianza costanti e continui da parte degli enti tecnici regionali per garantire che la visita di accREDITamento non esaurisca il processo di miglioramento di qualità;
- definire interventi strutturali della rete dei servizi sanitari, accREDITando solo strutture (pubbliche e private) conformi agli standard di qualità mantenuti nel tempo;
- sviluppare standard di accREDITamento e di affidamento dei servizi sociali e socio-sanitari che tengano conto del principio di sussidiarietà e valorizzino le risorse delle comunità.

LE DOMANDE

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Quali servizi o percorsi di presa in carico in ambito socio-sanitario e sociale potrebbero prioritariamente essere accREDITati? |
|---|

Linea 7 - Tempi di attesa ridotti

L'intervento regionale e aziendale per risolvere il problema dei tempi d'attesa in sanità ha ottenuto risultati soddisfacenti in alcune aree e non soddisfacenti in altre.

In particolare sono ancora critici alcuni tempi di attesa, non è completato il processo di semplificazione per il cittadino.

Non è ancora a regime il sistema dei criteri di priorità clinica e di appropriatezza della richiesta, come pure quello di monitoraggio dei tempi di risposta delle prestazioni.

In particolare, la domanda di esami poco appropriati cresce più dell'offerta disponibile.

Il meccanismo di finanziamento ai privati accreditati non ha sempre aiutato i Direttori generali delle Aziende sanitarie ad una migliore negoziazione della quantità di prestazioni necessarie a ridurre i tempi in sede locale.

Nell'area dei servizi sociali e sociosanitari non sono ancora state sviluppate politiche che affrontino il tema dei tempi di attesa dei cittadini per accedere a servizi o benefici previsti dalle normative vigenti.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Il numero di prestazioni diagnostiche è aumentato in maniera rilevante negli ultimi anni (2004-2007): le ecografie dell'addome sono aumentate del 36%, le risonanze alla colonna vertebrale dell'80%, la Tac capo e addome del 18%, le visite cardiologiche dell'8%.
- I tempi di attesa sono critici in alcune aree della regione per le risonanze magnetiche, l'ecografia addominale, le endoscopie e le colonscopie, visite oculistiche.
- Sono critici i tempi di attesa della radioterapia al CRO di Aviano.
- I tempi di attesa previsti per i ricoveri programmati e per la chirurgia oncologica sono rispettati.
- Per molte tipologie di prestazioni (es. ecografia dell'addome) sono applicati criteri di accesso secondo priorità basati sullo stato clinico dei pazienti (sintomi o gravità).
- L'applicazione di criteri di priorità è ben consolidato nell'area giuliana e isontina, meno nelle altre aree della regione.

GLI INTERVENTI DA REALIZZARE

- potenziare la quantità delle prestazioni critiche e appropriate per le quali i tempi di attesa rischiano di compromettere lo stato di salute del paziente;
- adottare in modo generalizzato criteri di priorità per poter dare precedenza ai problemi più importanti e scoraggiare l'inappropriatezza;
- proseguire le procedure di semplificazione per le prescrizioni e le prenotazioni

(uso della carta dei servizi e sviluppo del call center regionale) mettendo a regime il sistema di prescrizione elettronica;

- monitorare costantemente l'appropriatezza delle prestazioni prescritte;
- responsabilizzare i cittadini sul buon uso delle risorse attraverso campagne informative e il coinvolgimento delle associazioni nel monitoraggio e nella progettualità;
- rimborsare i cittadini per attese eccessive limitatamente a prestazioni accuratamente selezionate quali radioterapia ed ecografia morfologica in gravidanza;
- allineare i tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria;
- avviare un sistema di valutazione finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa nell'area socio-sanitaria e sociale.

LE DOMANDE

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Come è possibile responsabilizzare il privato accreditato al raggiungimento di un obiettivo comune con il servizio pubblico in tema di riduzione delle liste di attesa promuovendo contemporaneamente l'appropriatezza? |
|---|

Linea 8 - Una presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e con disabilità

Malattie croniche e disabilità sono due facce della stessa medaglia. I dati disponibili mostrano che in Friuli Venezia Giulia il 45% dei cittadini soffre di almeno una patologia e il 12% di tre o più patologie. Alle malattie croniche è attribuito l'80% della mortalità e tra il 60% e l'80% dei costi dei servizi sanitari.

Nel sistema regionale sono presenti problemi di continuità, in termini di tempo, di servizi, di informazioni e di percorsi decisionali.

Nel passaggio tra servizi e sistemi diversi come ad esempio tra aziende ospedaliere, ospedali di rete e cure primarie e viceversa, tra servizio sanitario e servizi sociali dei comuni e viceversa, la continuità non è sempre assicurata. Lo stesso fenomeno si verifica purtroppo anche nel tempo, in relazione al modificarsi delle condizioni di salute e della disabilità.

Alcune strutture di ricovero, quali reparti di medicina, reparti di post-acuzie, residenze sanitarie assistenziali, sono saturate impropriamente da pazienti anziani affetti da più patologie.

I livelli di assistenza e di accessibilità sono molto differenziati nel territorio regionale, in particolare nelle residenze sanitarie assistenziali.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- In regione il 16,7% della popolazione dichiara di essere affetto da artrosi, il 13,5% da ipertensione arteriosa, l'11,2% da malattie allergiche, il 4,7% da depressione e ansia, il 3,2% da bronchite cronica, il 2,9% da asma bronchiale.
- giornate totali di ricovero in ospedale era in day hospital, percentuale che sale al 12% nel 2007.

L'organizzazione delle Aziende sanitarie territoriali in distretti e in dipartimenti può talvolta frammentare ulteriormente la presa in carico integrata. D'altra parte anche all'interno degli ospedali, le cure risultano spesso frammentate, soprattutto per persone con pluripatologie.

In regione, oltre un cittadino su tre accede ogni anno al pronto soccorso, molto spesso per motivi non appropriati: nel 2007, il 48,95% degli accessi in pronto soccorso è avvenuto per i cosiddetti "codici bianchi", parte dei quali avrebbe potuto trovare una risposta più appropriata presso altri servizi.

1.004 medici di medicina generale e i 124 pediatri di libera scelta si sono organizzati progressivamente in forme di gruppo, ma l'interazione con i distretti, i dipartimenti delle Aziende sanitarie, i servizi sociali e gli ospedali non è soddisfacente al fine di garantire un'effettiva presa in carico e la continuità nelle cure.

Anche gli interventi in materia sociale degli Enti Locali risentono di organizzazioni frammentate, disomogenee e di soluzioni gestionali differenziate.

Il sistema sanitario e sociosanitario non è sufficientemente organizzato per monitorare attivamente le condizioni di salute delle persone affette da patologie croniche, attraverso controlli pianificati e concordati. Allo stesso tempo, la corresponsabilizzazione dei cittadini nella gestione dei propri problemi di salute non è sufficientemente realizzata.

L'accesso a servizi e a benefici è inoltre condizionato da procedure di certificazione e di valutazione diversificate in riferimento a differenti leggi nazionali, a differenti obiettivi valutativi, a differenti criteri di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari nelle diverse aree della regione.

I termini *invalido, disabile, handicappato, minorato, non autosufficiente* si sovrappongono e si confondono.

Attualmente la certificazione e la presa in carico sono separate e frammentate. Gli interventi sono concentrati sulle malattie e non tengono adeguatamente in considerazione l'importanza dei fattori ambientali.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Alla fine del 2007 più di 100.000 persone hanno una certificazione di invalidità. Di queste più di 36.000 sono beneficiarie di indennità di accompagnamento o di comunicazione. Quasi la totalità ha più di 65 anni.
- Nel 2007 le Unità di valutazione distrettuale hanno effettuato complessivamente 26.933 valutazioni, il 68,9% delle quali verso servizi residenziali, semiresidenziali ed ospedalieri.
- E' in corso di realizzazione la valutazione di 300 persone con certificazioni di invalidità o di handicap con un nuovo protocollo coerente con la Convenzione delle nazione Unite per i diritti per le persone con disabilità e con la Classificazione internazionale del funzionamento.

Vi è consapevolezza del fatto che le cure a lungo termine già oggi sono il risultato di un utilizzo di risorse e interventi, non sempre sinergici, tra il servizio pubblico sanitario, sociosanitario e sociale da un lato e gli individui e le famiglie dall'altro. Il valore complessivo (pubblico e privato) delle risorse e degli interventi utilizzati nelle cure a lungo termine non è ancora pienamente riconosciuto e valorizzato.

La funzione della cooperazione sociale non è ancora ben definita, pur riconoscendo che una quota importante di interventi pubblici sanitari e sociali sono da anni progettati e realizzati proprio grazie al concorso della cooperazione sociale.

Le associazioni che rappresentano le persone con malattie croniche e con disabilità costituiscono un vivace ed attivo potenziale di conoscenze e di competenze, non ancora pienamente considerato.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- definire un modello organizzativo basato su un processo unitario di presa in carico delle persone con malattie croniche e con disabilità da parte di tutti gli attori coinvolti;
- predisporre un atto normativo che formalizzi il processo di presa in carico sociosanitaria (responsabilità; modalità operative, organizzative e gestionali; unificazione delle procedure di accoglimento, valutazione, progettazione degli interventi personalizzati, monitoraggio degli esiti; sistema informativo; modulistica)
- introdurre il budget integrato sociosanitario pubblico-privato come strumento concreto per attuare i progetti di cura personalizzata;
- rivedere compiti, offerta e organizzazione delle strutture che ricoverano nelle fasi acute o post-acute gli anziani con pluripatologie;
- rivedere struttura e funzioni della rete ospedaliera per migliorarne l'efficienza e la funzionalità;
- introdurre modalità unitarie di valutazione e di accertamento della disabilità coerenti con la *Classificazione internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del funzionamento, disabilità e salute* e con la *Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità* che così recita all'articolo 1: "*Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono vedere ostacolata la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri*". Nel nuovo processo di valutazione e accertamento si tratterà di analizzare il tipo di interazione tra la persona con menomazioni e il proprio ambiente di vita (familiare, scolastico, lavorativo, sociale) e di cura e non solo di riscontrare e quantificare il tipo e il grado di menomazione del corpo;
- monitorare il buon funzionamento delle persone con disabilità e migliorare il loro ambiente di vita e di lavoro, anche con interventi sulla comunità e di comunità, considerandoli un investimento sulla salute;
- aggiornare il rapporto tra cooperazione sociale e servizio sanitario, sociosanitario e sociale con una migliore definizione di criteri di qualità, di accreditamento e di affidamento dei servizi;
- rendere sistematiche le procedure di riabilitazione precoce e di dimissione protetta e concordata tra ospedale e territorio in seguito a un ricovero per acuzie.

LE DOMANDE

- Come è possibile ridisegnare l'attuale organizzazione e modalità di ricovero delle strutture che si occupano di anziani con pluripatologia in fase acuta (reparti di medicine, reparti di post-acuzie, residenze sanitarie assistenziali)?
- Quali modalità organizzative distrettuali potrebbero ridurre la quota di accessi impropri al pronto soccorso?

Linea 9 - Cure e interventi domiciliari a sostegno della permanenza nel proprio ambiente di vita

Complessivamente l'offerta pubblica di interventi e servizi sanitari e assistenziali che sostengono la permanenza a domicilio della popolazione con malattie croniche disabilitanti risulta eterogenea.

In Friuli Venezia Giulia l'offerta di strutture residenziali per anziani è pari a oltre 10.000 posti letto distribuiti in 188 strutture. Il tasso di istituzionalizzazione è molto elevato e supera ampiamente altre regioni. E' in corso un processo di riqualificazione regionale per accreditare e rendere qualitativamente adeguati gli standard assistenziali.

D'altro canto non sono sufficientemente presidiate qualità e adeguatezza dei servizi e dell'offerta residenziale e semiresidenziale per persone con disabilità.

Vi è carenza di interventi per la popolazione affetta da demenza e sono carenti le risorse semiresidenziali quali i centri diurni.

Gli interventi a domicilio e per la permanenza a domicilio sono finanziati ed erogati con modalità e tempistiche differenti da Enti Locali e Servizio sanitario.

Il *Fondo per l'autonomia possibile e l'assistenza a lungo termine* è scarsamente incisivo per l'entità delle risorse disponibili e per le modalità con cui vengono distribuite ai beneficiari e con cui vengono gestite.

Vi è scarsa garanzia sulla qualità dell'assistenza erogata dalle assistenti familiari (badanti).

I problemi elencati riguardano le persone anziane e la popolazione giovane ed adulta.

Il diritto ad una casa, insieme ai diritti alla cura, alla riabilitazione e alla vita indipendente, sono al centro della domanda di servizi e richiedono quindi un ripensamento del modo con cui si vuole affrontare l'*abitare possibile* per le popolazioni di qualunque età, affette da malattie croniche disabilitanti.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Nel 2008, 34.347 cittadini hanno usufruito di servizi di assistenza domiciliare forniti dalle Aziende sanitarie; su un totale di 521.838 accessi totali, 472.684 sono stati per fornire assistenza infermieristica e 49.154 per fornire assistenza riabilitativa.
- Nel corso del 2007 gli interventi relativi al servizio socio-educativo territoriale sono stati 2.842 e hanno coinvolto 1.947 utenti; le diagnosi sociali che hanno motivato la presa in carico di questi minori sono riconducibili principalmente alla disabilità (29,0%), alle problematiche scolastiche (21,1%), a quelle legate al ruolo genitoriale (19,1%) o al ciclo evolutivo (15,4%).
- Nel corso del 2007 gli interventi dei servizi assistenziali per la domiciliarità sono stati 12.302 e hanno coinvolto 8.771 utenti. Gli interventi domiciliari in senso stretto (SAD, SAD integrato e pronto intervento domiciliare) hanno riguardato due terzi dei servizi erogati; il 48,5% degli interventi ha riguardato prestazioni dirette alla persona, per la sua igiene e cura personale. L'81% degli utenti è di età superiore ai 71 anni.
- Al 30 giugno 2008, 2.537 persone avevano beneficiato del Fondo per l'Autonomia possibile e l'assistenza a lungo termine. Circa 1.500 di questi erano persone prese in carico per la prima volta dai servizi sociali dei Comuni.
- I posti letto nelle residenze sanitarie assistenziali erano 473 nel 1998 (4.643 ammessi nell'anno, con 141.945 giornate complessive di degenza), 787 nel 2007 (9.138 ammessi nell'anno, con 242.118 giornate complessive di degenza).
- E' in corso la riqualificazione delle residenze per anziani con la finalità di migliorare i livelli di assistenza.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- valutare qualità, tipologia ed efficacia dell'offerta residenziale e semiresidenziale per persone con malattie croniche allo scopo di riprogettarla;
- definire un incentivo alla permanenza a domicilio e garantire un'adeguata cura e assistenza ai cittadini malati di qualunque età;
- organizzare modalità di sostegno delle persone con demenza e altre malattie neurodegenerative;
- strutturare modalità di coordinamento, affiancamento e supervisione delle assistenti familiari;
- realizzare soluzioni a sostegno delle famiglie per le problematiche del "durante e dopo di noi", alternative all'istituzionalizzazione, anche attraverso il coinvolgimento delle comunità locali, preferibilmente gestite in forme partecipate e innovative – anche di diritto privato - da sistema pubblico, cittadini e comunità locali;
- ridefinire il Fondo per l'autonomia possibile, affinché sia una fonte di finanziamento più incisiva degli interventi sociosanitari;
- programmare su base distrettuale interventi di riequilibrio delle aree carenti nelle diverse tipologie di servizi.

LE DOMANDE

- Quali risorse attualmente disperse in più finanziamenti potrebbero confluire nel Fondo per l'autonomia possibile e l'assistenza a lungo termine?
- Quali potrebbero essere gli strumenti più adeguati per facilitare la permanenza a domicilio delle persone con malattie croniche e con disabilità?

Linea 10 - Inserimento nel mondo del lavoro come diritto delle persone con disabilità

Da molti anni la Regione Friuli Venezia Giulia ha riconosciuto e promosso l'integrazione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate e di quelle disabili. Le norme nazionali di riferimento sono state recepite ed integrate dalla legislazione regionale.

Allo stato attuale vi sono molteplici norme vigenti e diversi soggetti istituzionali (Regione, Province, Comuni e Aziende sanitarie) che hanno competenza in materia, nonché innumerevoli attori sociali e imprenditoriali coinvolti, non sempre in accordo e in sintonia tra di loro.

La principale norma di riferimento è la Legge 68/1999 che definisce il principio del collocamento mirato e i criteri per cui se ne ha diritto, istituisce un sistema di servizi pubblici per l'impiego che si occupano anche di inserimento lavorativo, ridefinisce i parametri di obbligo di assunzione da parte del sistema delle imprese e affida alle province un ruolo centrale. Per iscriversi alle liste del collocamento mirato, una persona deve essere in possesso di una certificazione di invalidità superiore al 45% rilasciata dalle apposite commissioni sanitarie.

Altro importante strumento per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate è la cooperazione sociale di tipo b, impresa istituita dalla Legge 381 del 1991. Le sue caratteristiche peculiari sono quelle di essere costituita almeno per il 30% da persone svantaggiate e di essere finalizzata all'inserimento lavorativo.

Le Aziende sanitarie da parte loro si sono sempre adoperate per favorire l'ingresso nel mondo del lavoro di persone seguite soprattutto dai Dipartimenti di salute mentale e dai Servizi territoriali per le dipendenze patologiche, utilizzando fondi sanitari per "borse lavoro" da utilizzare in aziende o esercizi commerciali del territorio piuttosto che in accordo con il sistema delle cooperative sociali. Allo stesso modo gli Enti locali hanno sostenuto percorsi analoghi per persone multiproblematiche.

Si pone il problema della difficoltà di passare dal percorso formativo delle "borse lavoro" ad un inserimento lavorativo vero e proprio, obiettivo per il quale è necessario uno sviluppo ulteriore del sistema della cooperazione sociale, in termini sia quantitativi (offerta di nuovi posti di lavoro) sia qualitativi (passaggio dai lavori a bassa professionalità a quelli a maggiore contenuto professionale).

Nonostante questa ricchezza di interventi, di risorse, di indirizzi il diritto al lavoro per le persone svantaggiate e per quelle con disabilità è esercitato in modi estremamente eterogenei nelle diverse aree della regione.

Esistono accordi locali differenti tra province, enti locali, aziende sanitarie, cooperazione sociale, sistema delle imprese per migliorare l'efficacia delle procedure di inserimento lavorativo.

Esistono differenze tra numero di lavoratori disabili iscritti al collocamento e numero di quelli avviati al lavoro tra le province del Friuli Venezia Giulia. Non sempre il processo di inserimento al lavoro e di inclusione sociale è all'interno di un progetto di presa in carico sociosanitaria.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- In Friuli Venezia Giulia, nel periodo 1999-2008, per effetto dell'introduzione della legge 68/1999, il numero di persone disabili iscritte al collocamento mirato sono aumentate di circa il 75 %. I dati disponibili indicano che sono iscritti nelle liste del collocamento obbligatorio quasi 6.500 lavoratori disabili. Tuttavia sebbene si sia verificato un aumento degli iscritti, esiste un fortissimo divario tra maschi e femmine ed un rallentamento nel loro inserimento nel mondo del lavoro.
- Viene assorbito dal mondo del lavoro il 66% degli iscritti e le donne vengono assorbite meno dei maschi.
- Tra l'82% degli iscritti disponibili al lavoro, i più disponibili sono i disoccupati maschi.
- La maggioranza degli avviati al lavoro utilizza un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
- In Friuli Venezia Giulia sono attualmente occupati nelle cooperative sociali di tipo b circa 3.000 persone, di cui circa 1.000 sono svantaggiate.
- Molte delle persone svantaggiate sono state inserite al lavoro utilizzando operatori e fondi del sistema sanitario e sociale regionale
- Recentemente l'Unione Europea ha ridefinito i requisiti di "lavoratore svantaggiato".

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- definire modalità stabili di collegamento e integrazione tra diversi attori che si occupano delle politiche sociosanitarie, della formazione, del lavoro ed economiche;
- uniformare le modalità (risorse economiche, finalità, durata) e i percorsi di inserimento lavorativo;
- prevedere, a partire dall'ambito locale (piani di zona, aziende sanitarie e amministrazioni locali), specifiche aree di affidamenti di nuovi servizi, lavori e forniture da affidare alle cooperative Sociali, finalizzate all'inserimento lavorativo;
- strutturare un sistema di monitoraggio e valutazione della qualità degli interventi.

LE DOMANDE

- Quali potrebbero essere gli strumenti più idonei per aumentare la qualità e la stabilità degli inserimenti lavorativi?

Linea 11 - Scelte consapevoli per l'innovazione tecnologica Health Technology Assessment (HTA)

L'introduzione di innovazione tecnologica rappresenta sia una opportunità sia una necessità per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale. Costituisce una tendenza difficilmente comprimibile per effetto degli stimoli e delle pressioni esercitati dal mercato, dallo sviluppo delle professionalità, dal ruolo attivo ed informato dei cittadini.

L'adozione di nuove tecnologie e di nuove metodologie da parte delle aziende sanitarie talvolta avviene con modalità non adeguatamente governate e senza tener conto delle priorità di carattere generale.

Le attività di Health Technology Assessment richiedono competenze, esperienza e professionalità non sempre reperibili all'interno di una regione. È pertanto necessario sviluppare collaborazioni con gruppi ed esperienze nazionali ed internazionali.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- esercitare il governo regionale dell'innovazione tecnologica in modo da rendere disponibili gli strumenti necessari per attuare la programmazione sanitaria, mantenere coerenza di sviluppo rispetto agli indirizzi e sostenibilità economica del sistema nel suo complesso;
- realizzare progetti regionali di innovazione tecnologica, con un unico governo regionale, coinvolgenti tutte le strutture sanitarie del sistema;
- sviluppare e usare l'HTA su base regionale, in modo funzionale alla pianificazione strategica del sistema sociosanitario e quale supporto decisionale al processo attuativo;
- diffondere l'HTA ai vari livelli decisionali e ai vari ambiti di competenza e coordinare le attività mediante:
 - la partecipazione alle iniziative ed ai progetti nazionali e interregionali,
 - la condivisione delle fonti e degli strumenti informativi sulle valutazioni, consolidate ed in corso, a livello nazionale ed internazionale,
 - la messa in rete delle professionalità e degli strumenti informativi a livello regionale,
 - la produzione e la validazione a livello regionale di analisi e di valutazioni.

LE DOMANDE

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Quale ruolo potrebbero avere le associazioni dei cittadini nella valutazione delle nuove tecnologie?- Quale relazione si potrebbe instaurare con le istituzioni di ricerca presenti in regione?- Rispetto all'introduzione di innovazione tecnologica, quali strumenti si potrebbero adottare per regolare e coordinare la sinergia e la competitività fra le strutture di eccellenza?- La domanda sanitaria può contribuire alla crescita del settore produttivo regionale operante nel campo dell'innovazione? Se sì, come? |
|--|

Linea 12 - Sistemi informativi integrati e accessibili ai diversi attori

Il Sistema Informativo Sociosanitario Regionale costituisce un elemento essenziale per la migliore qualità delle cure, la semplificazione, la misurazione dei risultati, la facilitazione dei processi di integrazione sociosanitaria. Nell'ultimo decennio è stato fatto un notevole sforzo di investimento per introdurre nuove tecnologie informatiche e rafforzare i sistemi di comunicazione elettronica. Ciononostante i sistemi informativi sanitario e sociale attualmente non colloquiano tra loro.

Esistono inoltre aree del sistema informativo non sufficientemente sviluppate, in particolare quelle riferibili ai processi di presa in carico. Prevale l'attenzione alla raccolta di dati sulla quantificazione delle prestazioni piuttosto che sulla tracciabilità dei processi di cura e assistenza e sulla valutazione della qualità.

Il cittadino ha ancora un accesso limitato alle informazioni che lo riguardano e che potrebbero essere disponibili nei due sistemi informativi.

Con la distribuzione della carta regionale dei servizi si è poi posta la condizione essenziale per far interagire in modo più diretto il cittadino con la rete dei servizi amministrativi, sanitari e sociali regionali. Sono stati anche realizzati alcuni progetti di telemedicina ma ancora limitati gruppi di cittadini usufruiscono di forme di cura e monitoraggio mediate dalle nuove tecnologie.

La potenzialità complessiva del sistema deve essere ulteriormente sviluppata.

Spesso accade che il cittadino debba raccontare più volte la propria storia a differenti professionisti della salute o del sociale.

Sul fronte dei professionisti è emersa la difficoltà di disporre di strumenti orientati al supporto della continuità della cura e del lavoro collaborativo tra diversi attori e tra diversi servizi.

La mancanza di coordinamento tra professionisti e istituzioni può portare alla ripetizione di esami inutili, può aumentare il rischio di errori medici e causare altri effetti indesiderati collegati al limitato scambio informativo.

L'attività dei servizi sanitari e sociali può trarre notevoli vantaggi da una maggiore condivisione e da un migliorato accesso all'informazione sulla condizione di salute e ai dati clinici; nuove tecnologie possono essere utilizzate per dare supporto ad un sistema di cure e servizi centrato sulla persona.

Le modalità con cui l'informazione è archiviata, utilizzata e condivisa tra la complessa rete dei servizi sociali e sanitari, pone una sfida importante allo sviluppo dell'intero sistema di servizi della regione.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- La carta regionale dei servizi è stata consegnata a quasi tutti i cittadini residenti in regione e iscritti al servizio sanitario regionale: alla fine del 2008 ne erano state attivate ben 580.000, ma solo 38.000 cittadini hanno ritirato anche il lettore di smart card. Questo significa che solo il 3% della popolazione regionale è realmente in grado di utilizzarla in tutte le sue funzioni.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- progettare la realizzazione di sistemi informativi, caratterizzati da un alto livello di connettività e interoperabilità, tra servizi sanitari e sociali, istituzioni e territori, pubblico e privato, per facilitare:
 - i processi di gestione integrata dei servizi,
 - il monitoraggio e la valutazione della qualità dell'attività,
 - il governo e il supporto alle decisioni;
- adottare soluzioni informatiche per gestire e organizzare il proprio lavoro nel sistema delle cure primarie e della medicina generale;
- sviluppare soluzioni informatiche comuni al sistema sanitario e sociale, che permettano la ricomposizione delle informazioni di ciascun cittadino (valutando adeguatamente l'insieme essenziale di dati da condividere tra i diversi soggetti della cura e della presa in carico);
- sostenere i progetti di telemedicina laddove ci sia evidenza di un effettivo vantaggio per i cittadini;
- espandere per quanto possibile la trasmissione informatica dei dati sanitari e sociali tra professionisti e istituzioni, riducendo gli spostamenti dei cittadini;
- rafforzare la regia unica e tecnicamente competente dei processi di sviluppo e conduzione del sistema informativo;

LE DOMANDE

- Con particolare riferimento alle cure primarie, qual è il ruolo e quali sono le aree in cui l'introduzione di tecnologie informatiche innovative, può dare il miglior contributo ai processi di cura e presa in carico del paziente?
- Quali sono le priorità progettuali fondamentali per il futuro utilizzo della carta regionale dei servizi?
- Quali servizi al cittadino potrebbero immediatamente trarre giovamento, in termini di semplificazione e efficienza, se supportati da una maggiore integrazione e condivisione dell'informazione?

Linea 13 - Una dimensione internazionale delle politiche per la salute

La salute è fondamentale per la vita delle persone e va sostenuta mediante politiche e interventi efficaci a livello locale, nazionale, a livello della Comunità europea e su scala mondiale.

Negli ultimi anni sono state numerose le esperienze di singole Aziende Sanitarie regionali, di associazioni di volontariato e di Enti locali che hanno attivamente contribuito, direttamente o tramite la partecipazione a progetti promossi da soggetti terzi, ad iniziative di cooperazione socio-sanitaria in ambito internazionale.

Queste iniziative sono state peraltro contrassegnate da un coordinamento istituzionale troppo debole, in particolare per mancanza di documenti strategici in materia.

Le azioni sono state spesso frammentarie ed autoreferenziali.

Vi è inoltre scarsa capacità di ricerca e di ottenimento di finanziamenti europei ed internazionali ed una ancor troppo ridotta partecipazione a reti internazionali.

ALCUNI DATI RILEVANTI

- Più di 100 progetti di cooperazione internazionale sono stati realizzati nel corso degli ultimi 4 anni
- Più 20 milioni di euro sono stati investiti in azioni progettuali
- Più di 34 paesi sono stati coinvolti, a livello mondiale, in queste attività.

GLI INTERVENTI DA EFFETTUARE

- ricondurre tutte le iniziative di carattere internazionale in ambito sociosanitario ad una logica unitaria e integrata di sistema, riconoscendo a questo settore la rilevanza strategica che merita e facendone oggetto di una strategia regionale ad hoc, integrata con quella complessiva di cooperazione internazionale;
- orientare le azioni di cooperazione socio-sanitaria internazionale in maniera integrata con i servizi socio-sanitari locali; tali azioni devono essere sostenibili permanentemente, appropriate intersettoriali;
- orientare le strategie e le metodologie di cooperazione socio-sanitaria in maniera rispondente ad un'etica professionale chiara, precisa e responsabile, partendo dai problemi e dai reali bisogni di salute e focalizzando l'attenzione sugli aspetti della programmazione e della corretta valutazione; gli aspetti relativi alla misurazione dei risultati, anche piccoli ma tangibili in termini di guadagno di salute delle popolazione, devono essere parte integrante e fondamentale dei programmi di cooperazione socio-sanitaria internazionale;
- promuovere la partecipazione del livello regionale alla determinazione delle politiche dell'Unione europea in materia di Salute Pubblica;
- favorire l'internazionalizzazione delle strutture e del personale sociosanitario attraverso la creazione di un ampio partenariato europeo a livello sia tecnico sia politico;

- migliorare il livello di informazione e di cooperazione in modo da consentire al sistema socio-sanitario regionale di essere informato in tempo reale sulle iniziative europee ed al tempo stesso di presentarsi e scambiare buone pratiche;
- sviluppare una politica di cooperazione internazionale in campo socio-sanitario coerente con il *Programma regionale della cooperazione internazionale*.

LE DOMANDE

- In quale modo il servizio socio-sanitario regionale, gli Enti Locali, i cittadini e tutte le risorse territoriali possono attuare la programmazione della promozione della salute in ambito internazionale per renderla più incisiva e coerente con la programmazione socio-sanitaria a livello locale?
- Quali innovazioni possiamo apportare nella gestione e nello sviluppo delle azioni progettuali coinvolgendo pienamente e responsabilmente le comunità locali?
- Quali potrebbero essere gli strumenti più idonei per aumentare la qualità e la sostenibilità degli interventi progettuali?

