

## Delibera n° 394

Estratto del processo verbale della seduta del

**6 marzo 2015**

**oggetto:**

LR 49/1996, ART 12 - LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2015: APPROVAZIONE DEFINITIVA.

<b>Debora SERRACCHIANI</b>	Presidente	assente
<b>Sergio BOLZONELLO</b>	Vice Presidente	presente
<b>Loredana PANARITI</b>	Assessore	presente
<b>Paolo PANONTIN</b>	Assessore	presente
<b>Francesco PERONI</b>	Assessore	presente
<b>Mariagrazia SANTORO</b>	Assessore	assente
<b>Maria Sandra TELESCA</b>	Assessore	presente
<b>Gianni TORRENTI</b>	Assessore	presente
<b>Sara VITO</b>	Assessore	presente

**Daniele BERTUZZI** Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

**Premesso** che la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), nell'individuare i soggetti e gli strumenti del processo di pianificazione sanitaria regionale, dispone, all'art. 2, comma 1, lettera a) che la Regione elabora, indirizza e coordina il processo medesimo e ne controlla le fasi attuative;

**Vista** la L.R. 19.12.1996, n. 49, recante "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione sociosanitaria", che, in particolare:

- al comma 1, dell'art. 12, prevede che la pianificazione regionale si attui in conformità alla su richiamata L.R. n. 41/1993;
- al comma 2, dell'art. 12, demanda alla Giunta Regionale l'emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale;

**Considerato** che la L.R. 17/2014 all'art. 55 prevede che in fase di prima applicazione i termini per l'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015 sono prorogati al 31 marzo;

**Atteso** che le innanzi citate disposizioni, relative alla programmazione del Servizio sanitario regionale, si sono tradotte nel documento *Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2015*, approvato in via preliminare con DGR n. 153 del 30 gennaio 2015;

**Considerato** che ai sensi dell'art. 1, comma 7, lettera d), della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 e successive modifiche e integrazioni, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale ha il compito di esprimere parere in merito alle linee annuali di gestione di cui all'art. 12, comma 2 della legge regionale 49/1996;

**Preso atto** che, a seguito della richiesta di cui alla nota dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia del 5 febbraio 2015, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale è stata convocata in data 19 febbraio 2015, per esprimere il relativo parere, ma che la stessa non ha raggiunto il numero legale per potersi esprimere;

**Atteso** che ai sensi dell'art. 1 della legge regionale 8/2001, decorso inutilmente il termine di quindici giorni dal ricevimento della richiesta, il parere di detta Conferenza si ha per reso;

**Dato atto** che il suddetto termine è ampiamente decorso e che quindi il parere deve intendersi per reso,

**Rilevato** che è necessario procedere con la programmazione 2015 in quanto gli Enti del Servizio sanitario regionale devono adottare i propri piani attuativi entro il 31 marzo 2015;

**Ritenuto** pertanto di procedere all'approvazione definitiva del documento allegato *Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2015* che, rispetto alla versione allegata alla DGR n. 153 del 30 gennaio 2015, contiene solo correzioni di alcuni errori materiali;

**Confermato** che, l'entità delle risorse per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015, indicate nel citato documento, sono certe e disponibili sulla base di quanto previsto dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2015, nonché dal bilancio regionale pluriennale 2015-2017 e dal bilancio annuale 2015;

**Su proposta** dell'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia,

**La Giunta regionale** all'unanimità

**Delibera**

1. di approvare in via definitiva il documento “Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale – Anno 2015” di cui all’art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49, allegato al presente provvedimento del quale ne fa parte integrante.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE



**LINEE PER LA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
ANNO 2015**

## **LINEE PER LA GESTIONE 2015**

### **INDICE**

1. Lo scenario .....	pag. 3
2. Il processo di programmazione .....	pag. 5
3. Le progettualità .....	pag. 6
3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni .....	pag. 7
3.2 Prevenzione .....	pag. 10
3.3 Assistenza primaria .....	pag. 14
3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali .....	pag. 20
3.5 Assistenza farmaceutica .....	pag. 26
3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari .....	pag. 29
3.7 Progetti attinenti le attività amministrative e tecniche .....	pag. 31
4. Le risorse finanziarie .....	pag. 33
5. Gli investimenti .....	pag. 38
6. Le regole gestionali .....	pag. 40
Allegato A – Indicatori .....	pag. 46

## 1. LO SCENARIO

La gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015 è a valle della legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*. Di conseguenza è caratterizzata dai seguenti elementi:

- a. Avvio dei nuovi enti del Servizio Sanitario Regionale, compreso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi. Già da questa fase, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 Triestina (AAS1) e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 Friuli centrale (AAS4) svolgono una programmazione delle attività integrata rispettivamente con L'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste (AOUTS) e con l'Azienda ospedaliero universitaria di Udine (AOUUD).
- b. Revisione delle modalità di assegnazione alle aziende del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, superando l'attuale metodo di attribuzione per area vasta.
- c. Stabilizzazione del finanziamento complessivo a quello dell'anno 2014, con necessità di contenere e riqualificare ulteriormente la spesa corrente per riavviare gli investimenti per l'innovazione e le tecnologie.
- d. Permanenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
  - DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review"
  - DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
  - DL 18-10-2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"
- e. Modifica della geografia dei servizi tramite:
  - Rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza fuori dall'ospedale;
  - Avvio graduale della riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti al 3,0 per 1.000 abitanti e dell'aumento dei posti letto ospedalieri di riabilitazione allo 0,3 per 1.000 abitanti, tenendo conto della DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 che ha definito gli standard e le funzioni dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera, che individua le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria.
- f. Graduato riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA)

Nel 2015, inoltre, essendo scaduti il Piano Socio Sanitario Regionale 2010-12 (DGR n. 465 del 11-03-2010) ed il Piano per la prevenzione (DGR n. 2757 del 29-12-2010), prorogati per l'anno 2013 dalla DGR n. 2271 del 21-12-2012, dovranno essere approvati i nuovi Piani.

Nelle more della completa attuazione dell'assetto istituzionale della riforma per le aree Triestina e del Friuli centrale, che si concretizzerà a valle della stipula del protocollo d'intesa fra Regione e Università, nel corso del 2015 le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4 opereranno in maniera integrata con le Aziende ospedaliero universitarie rispettivamente di Trieste e di Udine.

A fronte di questa situazione è definito il nuovo assetto istituzionale delle Aziende, per il 2015 le **scelte strategiche regionali** sono orientate alla governance clinica integrata, intesa come un insieme di processi (strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti individuali e collettivi) che le organizzazioni attivano per

svolgere la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali e di rispondere reciprocamente, management e professionisti, di tali decisioni. In particolare si rende necessario:

- a. Revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità.
- b. Promozione della salute e assistenza integrata.
- c. Razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l'obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili.
- d. Adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di valutazioni di tecnologia (HTA), sia per le tecnologie che per i processi assistenziali.
- e. Avvio della revisione degli attuali modelli organizzativi mediante processi di analisi per ridurre gli sprechi, al fine di un uso efficiente delle risorse.
- f. Introduzione più estesa di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute della comunità.
- g. Nel corso del 2015 prenderà avvio per le aziende del servizio sanitario regionale il processo di adeguamento alle regole amministrativo-contabili previste dal Titolo II del Dlgs 118/2011 e s.i.m. così come previsto dalla legge regionale n. 27 del 30 dicembre 2014 che all'articolo 7 comma 8 ha disposto "*a decorrere dall'esercizio 2015 gli enti del Servizio sanitario regionale, in attuazione dell'articolo 29 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 del 10 luglio 2014, adottano le disposizioni, i principi contabili e gli schemi di bilancio di cui al Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42)*".
- h. Sostegno ai processi di governance con l'estensione e l'innovazione della tecnologia informatica.

## **2. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE**

La Regione, attraverso le presenti linee di gestione, definisce gli obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché le risorse complessivamente disponibili del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per l'anno 2015, per permettere agli Enti del SSR, di cui all'art. 3 della Legge regionale n. 17/2014, di predisporre i singoli Piani attuativi locali (PAL) e Piani attuativi ospedalieri (PAO).

**Gli aspetti formali e la tempistica del processo di programmazione 2015** sono i seguenti:

- Predisposizione da parte della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione Centrale Salute) ed invio alle aziende, entro il 31.01.2015, di apposite indicazioni metodologiche a supporto della redazione dei PAL e del PAO per le Aziende Ospedaliero Universitarie di Trieste e di Udine, nonché per gli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitaria. Le indicazioni forniscono più dettagliata specificazione operativa, laddove necessaria, relativamente alle modalità di concreta realizzazione delle presenti linee per la gestione del SSR;
- Predisposizione da parte delle Aziende della proposta di PAL 2015 e del PAO 2015 delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Trieste e di Udine, nonché degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitari e trasmissione della proposta di PAL/PAO alla Direzione Centrale Salute entro il 28.02.2015 per la negoziazione che si terrà nel corso del mese di marzo in data fissata dalla Direzione stessa;
- Entro il 28.02.2015, l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) dovrà predisporre la propria proposta di piano annuale, corredato dal bilancio preventivo e dalla relazione del Direttore generale;
- Acquisizione da parte delle Aziende dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004 della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università - La proposta di PAL/PAO, pur assumendo valore formale, non necessita del parere del Collegio Sindacale, in quanto provvisoria;
- Negoziazione con la Direzione Centrale Salute per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO degli Enti del Servizio sanitario regionale;
- Approvazione del PAL 2015 e del PAO 2015 delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Trieste e di Udine, degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitarie, da parte di ogni Azienda, nonché del piano annuale dell'EGAS, entro il 31.03.2015 ai fini dell'approvazione del bilancio preventivo coerentemente con la programmazione delineata e successiva trasmissione dello stesso alla Direzione Centrale Salute, alla Conferenza dei sindaci o alla Conferenza permanente e al proprio Collegio sindacale;
- Successivamente la Direzione Centrale Salute adotterà e trasmetterà alla Giunta Regionale, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato.



### 3. LE PROGETTUALITÀ

Richiamate le scelte strategiche regionali indicate nel capitolo che descrive lo scenario e tenuto conto delle risorse a disposizione del SSR, la programmazione annuale 2015 degli Enti del SSR si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali. L'attuazione delle scelte strategiche regionali sarà realizzata attraverso lo sviluppo di:

#### 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni:

- Nuovi atti aziendali
- Protocolli d'intesa
- Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi
- Centrale operativa 118 unica regionale e sistema dell'emergenza urgenza
- Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti
- Laboratori analisi e microbiologie

#### 3.2 Prevenzione

#### 3.3 Assistenza primaria

- Sviluppo dell'assistenza primaria
- Pianificazione regionale
- Programmazione degli interventi sociosanitari

#### 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali

- Insufficienze d'organo e trapianti
- Patologie tempo dipendenti
- Reti di patologia
- Materno-infantile
- Sangue ed emocomponenti
- Erogazione dei livelli di assistenza
- Tempi d'attesa
- Rischio clinico
- Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure
- Salute mentale

#### 3.5 Assistenza farmaceutica - AFIR

#### 3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari

- Disabilità adulti e minori
- Salute mentale
- Anziani
- Minori
- Piani di zona

#### 3.7 Progetti attinenti le attività amministrative e tecniche

- Rischio amministrativo
- Sistema informativo
- Sistema PACS regionale

Per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei target attesi, previsti nei diversi paragrafi sopra descritti, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia continua ad avvalersi della struttura "Epidemiologia", "Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie" e "Centro di coordinamento regionale malattie rare" dell'Azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine, nonché della struttura di "Epidemiologia e biostatistica" dell'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano.

### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

#### 3.1.1 Nuovi atti aziendali

Entro il 30.6.2015 le direzioni aziendali delle Aziende per l'assistenza sanitaria AAS2, AAS3, AAS5 e dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi predispongono ed inoltrano alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia la proposta del nuovo atto aziendale secondo i "Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale" che dovranno essere deliberati per tempo dalla Giunta regionale. Lo stesso percorso riguarderà anche gli IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano (PN), ma le tempistiche saranno determinate anche dai necessari rapporti da tenersi con il Ministero competente.

Fino alla definitiva approvazione degli Atti aziendali, l'organizzazione delle strutture operative aziendali (presidi ospedalieri e distretti) rimane invariata. Per quanto riguarda i Dipartimenti di prevenzione, di Salute mentale e delle Dipendenze dell'AAS3, questi assorbono le strutture scorporate dall'AAS4. Per quanto riguarda l'AAS2, il nuovo Direttore generale dovrà fin da subito, e nelle more del nuovo atto aziendale, individuare il responsabile di ogni dipartimento (prevenzione, salute mentale e dipendenze).

#### 3.1.2 Protocolli d'intesa

Fra regione, AAS1 ed AOUST, AAS4 ed AOUD ed Università, dovranno essere raggiunti i nuovi protocolli d'intesa per lo svolgimento congiunto delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca. Tali protocolli d'intesa verranno formalizzati entro il 30.9.2015.

Gli Atti aziendali delle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e ospedaliero-universitaria di Trieste, nonché delle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 4 e ospedaliero-universitaria di Udine, di cui al punto 6.1.1., verranno predisposti a valle del raggiungimento dei Protocolli d'intesa, quando le aziende si fonderanno assumendo rispettivamente le denominazioni di Azienda sanitaria universitaria integrata n. 1 di Trieste ed Azienda sanitaria universitaria integrata n. 4 di Udine.

#### 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Dal 1 gennaio 2015 è attivato l'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'art. 7 della legge 17/2014. Tale Ente si farà carico di gestire progressivamente i servizi delle aziende che possono trovare beneficio dalla centralizzazione, in termini organizzativi e di efficienza. Per l'anno 2015, nella Tabella 1 sono individuate le seguenti funzioni, con le relative date, che verranno centralizzate e svolte in modo esclusivo presso l'Ente.

Tabella 1 – Funzioni da trasferire all'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi nel corso del 2015

FUNZIONE	Azienda attuale	Data
Dipartimento dei servizi condivisi (tutte le attuali funzioni)	AOUUD	01.01.2015
CEFORMED	AAS2	entro il 2015
Avvio di concorsi di personale per il comparto	tutte	entro il 2015
Formazione (nucleo fondante)	tutte	entro il 2015
Comitato etico regionale	AOUUD	entro il 2015
Logistica per magazzini protesica e trasporto merci	AAS1, AAS2, AAS3, AAS4, AAS5	entro il 2015

Considerata la necessità di reperire sedi adeguate alla gestione delle funzioni previste per l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, soprattutto concernenti alle funzioni di centralizzazione della logistica, l'Ente formulerà proposte congruenti a tal fine.

Entro il 30 aprile 2015 dovranno essere definite, di concerto con il Comitato di indirizzo dell'Ente, le seguenti questioni di interesse strategico:

- a. definizione delle funzioni da accentrare relative ai sistemi informativi ad alto impatto clinico-sanitario e amministrative, nonché alle tecnologie informatiche e sanitarie;
- b. definizione delle funzioni accentrate di supporto tecnico a favore della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, per quanto concerne le attività di cui all'art. 15 della LR n. 37/1995;
- c. definizione delle funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici, con particolare riferimento agli interventi di investimento nel Servizio Sanitario Regionale aventi caratteristiche di rilievo regionale strategico così come definiti dalla DGR 271/2013;
- d. definizione delle funzioni accentrate di supporto tecnico a favore della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, per quanto concerne l'organizzazione, la gestione ed il controllo dei servizi veterinari.
- e. perfezionamento della gestione del contratto di global service per il settore delle tecnologie sanitarie, nell'ottica del nuovo assetto istituzionale.

Le decisioni concordate, relativamente ai punti a), b), c) e d), dovranno essere recepite nella proposta di atto aziendale dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi, nelle modalità e tempi di cui al punto 3.1.1..

### **3.1.4 Centrale operativa 118 unica regionale e sistema dell'emergenza urgenza**

Per dare avvio alla Centrale operativa 118 regionale che verrà attivata entro l'anno a Palmanova, presso la sede della Protezione Civile, entro il 31.10.2015 verrà individuato il personale, fra coloro che sono attualmente in servizio presso le 4 Centrali operative 118, che sarà collocato, previo confronto sindacale, presso l'AAS2 per svolgere la funzione di Centrale operativa 118 regionale. Fino all'effettiva attivazione della nuova struttura, il personale individuato continuerà ad assicurare il servizio presso le attuali 4 centrali operative.

La DGR n. 519 del 21 marzo 2014 prevede che le risorse economiche da assegnare coprano i costi del personale, delle utenze, dei beni di consumo e dei contratti di manutenzione delle tecnologie, del servizio di eliambulanza ed i programmi a valenza regionale della formazione e degli investimenti.

In applicazione all'articolo 37 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014, entro il mese di luglio 2015 verrà adottato il **piano regionale dell'emergenza urgenza**.

### **3.1.5 Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti**

L'anno 2015 si caratterizza per la predisposizione dei locali presso la sede di Palmanova del presidio ospedaliero di Latisana-Palmanova attualmente occupati dal Laboratorio analisi, nonché per la stesura del nuovo modello organizzativo. L'intervento è finalizzato ad accogliere il Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti, nonché la validazione. L'avvio effettivo delle attività nella nuova conformazione organizzativa è previsto per l'inizio del 2016.

Per quanto riguarda le attività del piano sangue, per l'anno 2015 la gestione dei rapporti contrattuali viene affidata all'AAS2.

### **3.1.6 Laboratori analisi e Microbiologie e virologia**

Il nuovo modello organizzativo dei Laboratori analisi e delle Microbiologie e virologie prevede la realizzazione di 3 centri HUB presso i presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Cattinara-Maggiore di Trieste e Santa Maria della Misericordia di Udine con mantenimento di laboratori satellite, affidati per l'esecuzione dei test a personale tecnico sanitario, per lo svolgimento delle attività urgenti e/o decentrate presso le sedi dei centri SPOKE. Considerando la situazione organizzativa, logistica e strutturale in essere, sono presenti sensibili

differenze fra le diverse realtà organizzative per le quali è prevedibile ipotizzare per il 2015 target diversi di raggiungimento dell'obiettivo di riorganizzazione.

In particolare, per il 2015 si prevede quanto segue:

1. Per i Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia HUB dei presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone e Santa Maria della Misericordia di Udine è previsto il completamento della nuova organizzazione con:
  - a. Centro HUB nel presidio ospedaliero di Pordenone, Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento e all'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (limitatamente all'attività di base) e Point of care presso la sede di Spilimbergo.
  - b. Centro HUB nel presidio ospedaliero di Udine e laboratori satellite presso le sedi di Latisana, Palmanova, San Daniele e Tolmezzo, con l'avvio del processo graduale di trasferimento delle funzioni di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia dei presidi ospedalieri di Latisana-Palmanova e San Daniele-Tolmezzo, all'Azienda ospedaliero universitaria *Santa Maria della Misericordia* di Udine, a partire dal 1 aprile 2015, a seguito della definizione delle funzioni da trasferire.
2. Per il Laboratorio analisi e la Microbiologia e virologia HUB del presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste è previsto quanto segue:
  - a. Spostamento dell'attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia dall'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo a Cattinara con mantenimento di un Laboratorio satellite presso il Burlo Garofolo.
  - b. Predisposizione di un documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia che coinvolga anche le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone.
  - c. Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri HUB e SPOKE con l'obbligo di adottare le procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato.

Nel corso del 2015, infine, si dovrà definire un progetto di organizzazione unitaria, anche logistica, che porti alla realizzazione, nel corso degli anni successivi, di una *Cell Factory* regionale.

### **3.1.7 Posti letto**

Nel corso del 2015, in accordo con la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, le aziende del SSR daranno avvio alla graduale riduzione e/o riconversione dei posti letto ospedalieri e all'adeguamento dell'assistenza primaria, secondo gli standard previsti dagli allegati 1 e 2 della DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014.

### 3.2. PREVENZIONE

Il 2015 segna per la prevenzione l'avvio delle attività che dovranno dare concreta applicazione alla riforma approvata nel 2014, e parallelamente vedrà l'adozione del nuovo **piano regionale della prevenzione** da parte della Giunta e l'avvio della programmazione in esso prevista. In applicazione della riforma i Dipartimenti di Prevenzione costituiranno gruppi trasversali, a valenza regionale, su problematiche complesse.

Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione sarà nel segno della continuità con il precedente ma anche con elementi innovativi: in particolare la sua struttura sarà orientata alla trasversalità degli interventi – con programmi di contrasto dei fattori di rischio e di promozione dei fattori di protezione dell'individuo e della collettività – superando così l'approccio per linee di attività e competenze: agli obiettivi contribuiranno infatti tutte le strutture e istituzioni potenzialmente interessate, e la stessa programmazione sarà condotta in modo allargato e partecipato. La programmazione regionale si concluderà entro i primi mesi dell'anno e terrà conto anche di attività già avviate in precedenza, così da poter considerare operativa tutta la seconda metà dell'anno.

Sono pertanto indicazioni per la programmazione aziendale 2015, le seguenti:

1. Si dovrà mantenere e ove possibile migliorare, nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive, le coperture vaccinali, perseguendo gli indicatori LEA e rafforzando la collaborazione con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale per garantire l'adesione ai programmi vaccinali dell'infanzia e dell'adulto. Le Aziende sanitarie accompagneranno il passaggio ad una sospensione dell'obbligo vaccinale con attività di formazione e informazione, indirizzata alla responsabilizzazione di operatori e famiglie. Troverà applicazione il **nuovo piano vaccinale** per l'infanzia e l'adulto (per sostenere il quale saranno garantite alle aziende risorse specifiche) e dovrà essere dedicata particolare attenzione alle vaccinazioni dei soggetti a rischio nell'ambito dei percorsi assistenziali.
2. Dovranno essere rafforzate le azioni volte ad affrontare eventuali emergenze infettive in stretto coordinamento con il gruppo tecnico per le **emergenze infettive** istituito presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. I Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito delle proprie competenze, collaboreranno alle attività di contrasto al fenomeno dell'**antibiotico resistenza**, in sinergia tra servizi di igiene pubblica, servizi veterinari e direzioni ospedaliere e distrettuali (percorsi relativi al rischio clinico), anche attraverso l'elaborazione di protocolli strutturati. Dovrà esservi evidenza di iniziative finalizzate alla realizzazione di quanto indicato
3. Nel corso del 2015 verranno avviati, in tema di **prevenzione infortuni e malattie professionali**, specifici programmi regionali finalizzati al raggiungimento degli obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 -2018. Saranno mantenuti attivi i progetti nazionali di sorveglianza e monitoraggio secondo le indicazioni del Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 81/08 e completate le linee di attività individuate dagli accordi Inail - Regione FVG siglati nel 2014. Il ruolo del *Comitato regionale di Coordinamento di cui all'art.7 del DLgs 81/08* sarà valorizzato come luogo di condivisione, coordinamento e monitoraggio di tali programmi con le parti sociali e le altre istituzioni, in coerenza con i principi di trasparenza, semplificazione ed efficacia. In particolare, anche per l'anno 2015, la programmazione territoriale degli interventi di vigilanza privilegerà, in modo coordinato con le altre Istituzioni, i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura proseguendo nelle azioni già sviluppate nel corso del 2014. Anche negli altri comparti produttivi o di servizio si dovrà garantire una omogenea attività di vigilanza e assistenza in materia di salute e sicurezza, ponendo come priorità il controllo dell'adeguatezza della valutazione e delle attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo – scheletrici, quelli correlati allo stress lavoro correlato e quelli da esposizione ad agenti chimici e cancerogeni. A tale proposito, coerentemente con le disposizioni di cui alla DGR n. 2549 del 18 dicembre 2014, in materia di utilizzo delle somme derivanti dalle sanzioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro, saranno incrementate dell'1%, rispetto alle previsioni dei LEA nazionali, le attività di vigilanza sulle imprese, che saranno improntate alla sorveglianza, assistenza e al counseling. Sarà favorita ogni forma possibile di semplificazione valorizzando l'informatizzazione delle procedure anche in coerenza con le

indicazioni che perverranno dagli organismi centrali. Sarà infine indispensabile riattivare ogni forma di utile confronto con la Magistratura delle diverse Procure presenti in regione al fine di garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale nel rispetto prioritario della mission degli organi di vigilanza e di prevenzione del sistema sanitario.

4. Dovrà essere garantita l'attività di sorveglianza **ex esposti ad amianto** anche in collaborazione con il Centro Regionale Unico secondo le previsioni della DGR 1195/2012, e sarà individuato il laboratorio regionale di riferimento per le indagini sulle fibre di asbesto. Dovrà essere data attuazione alla deliberazione regionale sull'utilizzo dei proventi delle sanzioni ex decreto lgs 81 art.13. entro il primo semestre dovrà trovare attuazione la prima fase del programma.
5. Un'attività efficace di **promozione della salute** non può prescindere da una comunicazione efficace e al passo coi tempi. Le aziende, anche in collaborazione con gli altri portatori di interesse e in raccordo con la direzione centrale, dovranno individuare efficaci modelli comunicativi in grado di disseminare le informazioni anche ricorrendo all'utilizzo di nuove tecnologie.
6. Proseguiranno le azioni di formazione/sensibilizzazione per la **prevenzione di incidenti stradali e domestici**, valorizzando la collaborazione con le associazioni presenti sul territorio, in particolare – in un'ottica intergenerazionale e di **promozione dell'invecchiamento attivo** - quelle che si propongono il coinvolgimento della terza età. Si dovrà potenziare pertanto la collaborazione tra le strutture sanitarie (strutture di prevenzione, dipartimenti materno-infantili e cure primarie, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale), con le associazioni ed i comuni oltre che con le istituzioni educative, instaurando o mantenendo collaborazioni e alleanze anche con l'Ufficio di Progetto OMS *Città Sane*; Per tutti questi obiettivi dovrà esservi evidenza di progetti e iniziative in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'inter-generazionalità. In particolare saranno rafforzati i programmi incentrati sugli obiettivi di **guadagnare salute**, come la **promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione**, finalizzati alla riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e alla prevenzione dell'obesità, con speciale riguardo alle fasce più vulnerabili: dai più piccoli, attraverso la promozione dell'allattamento al seno, *a bambini e giovani*, continuando a favorire l'applicazione delle *Linee di Indirizzo regionali in tema di alimentazione* e finalizzate alla costruzione di un ambiente alimentare sano, sicuro e sostenibile, agli *anziani* istituzionalizzati e non, favorendo l'attività fisica e l'accessibilità ad alimenti salutaris, ai soggetti affetti da *allergie o intolleranze alimentari*. Dovrà esservi evidenza di iniziative a sostegno degli obiettivi promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione.

Per quanto attiene la progettualità **Città Sane** dell'O.M.S., questa Direzione intende sviluppare una collaborazione con l'Ufficio di Progetto del Comune di Udine (e della Rete Città sane FVG), nell'ottica di implementare interventi di rete e di governance del sistema. Verrà posta particolare attenzione allo sviluppo di attività di valutazione, utilizzando profili e indicatori, degli interventi già realizzati nell'ambito della progettualità OMS sul territorio regionale, in particolare per quanto riguarda l'invecchiamento in salute e la formazione rivolta ai politici sull'importanza della promozione della salute nelle municipalità. Tali tipologie di progettualità potranno avvalersi anche della rete regionale HPH (Health Promoting Hospital).

7. Per promuovere il **benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani** è necessario attivare un percorso che parta dalla promozione dei fattori protettivi rivolgendosi indistintamente a tutti. Infatti le fasi della crescita con particolare riferimento ai primi anni di vita e all'adolescenza sono tra le più critiche rispetto all'impatto dello stress e ai sistemi neuroendocrini in gioco per l'adattamento. La rete sanitaria in primis e poi gli ambienti della scuola, dello sport, del divertimento e le rappresentanze degli adulti significativi si devono appropriare di strumenti per promuovere le potenzialità dei giovani nel rispetto delle loro attitudini e stadi di sviluppo della personalità: verranno avviati a tale proposito progetti aziendali in collaborazione con la scuola e altri soggetti, anche attivando protocolli di intesa e gruppi di lavoro, con attenzione ai bisogni formativi degli operatori e dei destinatari.

8. Per la **prevenzione delle dipendenze** dovrà essere promossa l'applicazione del Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti. I programmi di contrasto al **fumo** e all'abuso di **alcool** dovranno essere realizzati in sinergia tra Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute Mentale, proseguendo con le iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) e con le iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi).
9. Proseguiranno i programmi di **screening oncologici** come da indicazioni dei piani nazionali specifici e dalle linee guida europee, con obiettivi di mantenimento o di miglioramento delle performance in termini di adesione della popolazione target e di criteri di qualità. In particolare:
- Adesione ai programmi di screening (cervice uterina > 65%, mammella > 65%, colon retto > 70%)
- Nelle aziende con Unità senologica:
- i radiologi certificati devono garantire sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati
  - la percentuale di esami negativi refertati entro 15 giorni dall'esecuzione deve essere >90%
  - la percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso"/ totale dei casi chiusi dall'unità senologica) deve essere <10%.
- Per migliorare l'offerta di screening e diagnosi precoce del tumore della mammella, si intende elaborare un protocollo condiviso con i professionisti per l'identificazione e la presa in carico delle donne con profilo di rischio eredo-familiare. Nel 2015, inoltre, inizieranno le attività per la progettazione e la riconversione del programma di screening dei tumori del collo dell'utero mediante l'adozione del test DNA-HPV come test primario. Nel 2015 troveranno applicazione le nuove disposizioni relative alle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa per le prestazioni correlate alla diagnosi precoce del carcinoma del colon retto per i residenti in Friuli Venezia Giulia, ridefinite in base al rischio eredo-familiare.
- La logistica per la diagnostica di primo livello dello screening del cancro del colon-retto verrà semplificata con l'individuazione di un laboratorio unico per la gestione dei FOBt di screening
10. I programmi e le iniziative di prevenzione dovranno prevedere, nei limiti previsti dagli accordi contrattuali, il coinvolgimento dei medici di medicina generale, in particolare per la **prevenzione cardiovascolare**. In tale ambito si proseguirà con la valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale, dei fattori di rischio e degli stili di vita nei cittadini dai 35 ai 69 anni che vengano a contatto con i servizi ed i MMG. Si dovrà porre mano alla delineazione di percorsi assistenziali aziendali per la gestione integrata del rischio cardiovascolare globale, inclusivi della valutazione e correzione dei fattori di rischio e degli stili di vita inadeguati che sottendono:
- Avvio lavori per la gestione integrata del rischio cardiovascolare
  - Incremento n. soggetti valutati per rischio cardiovascolare globale, fattori di rischio e stili di vita
  - Sperimentazione, presso il Dipartimento di Prevenzione di Udine, di un programma di prevenzione attiva sui cinquantenni, in collaborazione con il CCM Veneto e Nazionale (Cardio50).
11. Le aziende sanitarie dovranno realizzare gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di **sicurezza alimentare e di salute e benessere animale**, in particolare:
- ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare, anche con l'elaborazione e la condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni
  - effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità come da convenzione con l'Agricoltura e inserire le evidenze ed i verbali in BDN;
  - attuare il quarto anno del progetto Piccole Produzioni Locali con stesura di una relazione finale di verifica su carni suine e avicuniole, prodotti lattiero caseari di malga e miele;
  - programmare attività di audit indicando nel PAL il numero di interventi programmati per il 2015 che costituiranno il risultato atteso aziendale (n. interventi ispettivi e n. audit per settore; n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio; n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni);
  - attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini (n. di allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento

dell'indennità) e attuare controlli su benessere animale negli allevamenti e nel trasporto (n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015;

- attuare la prima fase del Capitolo 1 dell'Accordo Stato Regioni e Province autonome recante *Linee guida per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo Ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Province Autonome e delle AASSLL in materia di Sicurezza degli Alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria*, rep. Atti n°46/CSR dd 07/02/2013.

Inoltre i servizi igiene degli alimenti e nutrizione e veterinari continueranno a collaborare con la Direzione centrale Agricoltura per la revisione della DGR 3160/2006 e sue successive modifiche secondo criteri di semplificazione e compatibilità con la normativa riguardante il SUAP e più in generale ai fini di un suo aggiornamento.

12. Per la linea **ambiente e salute** si dovrà proseguire nelle attività di studio e ricerca e operative sviluppate con ARPA, anche in relazione al progetto nazionale VISpa (condotto con la regione Emilia Romagna e il CCM) che prevede l'applicazione della procedura semplificata di VIS (Valutazione di Impatto Sanitario) nella formulazione dei pareri richiesti ai Dipartimenti di Prevenzione per impianti individuati in accordo con ARPA, con il coinvolgimento degli enti locali interessati e/o della conferenza dei servizi (evidenza di pareri, anche prodotti per area vasta, con il coinvolgimento di informatori chiave). Nella cornice della collaborazione tra Dipartimenti di Prevenzione e ARPA già sperimentata efficacemente con il tavolo VIS sarà avviato un confronto finalizzato a condividere strategie per affrontare la problematica delle emergenze ambientali. In applicazione del regolamento REACH dovrà essere fatta almeno un'ispezione per Azienda per l'assistenza sanitaria.
13. Dovrà essere assicurata l'attività prevista dai **programmi di sorveglianza** nazionali Okkio alla salute, HBSC e PASSI, che supportano la valutazione dei risultati dei programmi di prevenzione e che sono indispensabile strumento per il Piano Prevenzione ; inoltre verrà analizzata la possibilità di estendere ad una o più aziende sanitarie il programma Passi d'Argento attualmente svolto solo nell'area triestina.
14. In applicazione della riforma la funzione di **medicina legale** dovrà essere attribuita, ove non lo sia già, ai Dipartimenti di Prevenzione; inoltre verrà completato – compatibilmente con le realtà organizzative aziendali – il percorso di trasferimento all'INPS delle funzioni di accertamento delle condizioni di invalidità e disabilità.
15. Anche la funzione di **medicina dello sport** dovrà essere attribuita, ove non lo sia già, ai Dipartimenti di Prevenzione, e dovrà essere integrata in un più ampio approccio di promozione dell'attività motoria rivolta a tutte le età come stile di vita salutare, in accordo con la recente normativa regionale (LR n.15/2014 art. 24 e segg.) e nazionale. Dovranno essere assicurate – direttamente o attraverso le strutture accreditate - le prestazioni previste per il riconoscimento dell'idoneità sportiva agonistica di minorenni e di maggiorenni, anche prevedendo percorsi facilitati con particolare riguardo agli accertamenti elettrocardiografici. Le aziende contribuiranno alla realizzazione delle attività formative BLS e di contrasto al doping previste dalla citata LR 15/2014.  
Nell'ambito del presidio ospedaliero per la salute di Gemona del Friuli verrà sviluppata ulteriormente la collaborazione tra l'AAS3 e l'Università, inerente l'attività connessa al corso di laurea in Scienze motorie, oltre che per il tradizionale approccio, anche per l'estensione dell'attività motoria nei pazienti con patologie croniche..



### **3.3. ASSISTENZA PRIMARIA**

#### **3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria**

Nel corso del 2014, attraverso i Piani dell'Assistenza primaria redatti dalle Aziende Sanitarie territoriali, è stata individuata la distribuzione territoriale delle AFT e delle CAP, nonché le risorse necessarie e le modalità attuative. La legge regionale di riordino del Servizio Sanitario Regionale individua, quali forme organizzative dell'assistenza medica primaria, le aggregazioni funzionali territoriali (AFT), le medicine di gruppo, i centri di assistenza primaria (CAP) ed i presidi ospedalieri per la salute e stabilisce che le forme associative finora operanti, medicina di gruppo e medicina in rete, devono confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative secondo appositi accordi.

Le Aziende per l'assistenza sanitaria procedono all'aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, entro 60 giorni dall'emanazione delle stesse, con la finalità di portare a regime l'attivazione di tutte le AFT e di avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda entro il 2015. Contestualmente alla progressiva attivazione delle AFT, le Aziende utilizzano, quale strumento di governo e gestione dell'assistenza primaria, i contratti di esercizio per l'individuazione degli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative.

I temi principali di intervento riguarderanno la cronicità e la non autosufficienza. Le modalità prioritarie di intervento saranno, da un lato, la gestione del paziente anche secondo modalità pro-attive della medicina d'iniziativa, dall'altro, l'assistenza domiciliare basata sulla valutazione multi-professionale e multi-disciplinare, sulla presa in carico della persona e sulla redazione di un piano assistenziale individuale. Il perseguimento di tale obiettivo richiede quali azioni prioritarie per l'anno 2015 l'incremento della copertura in assistenza domiciliare per gli over sessantacinquenni e la riduzione dell'ospedalizzazione evitabile che presentano valori non omogenei nel territorio regionale; gli indicatori utilizzati sono quelli previsti dal Ministero della salute per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza distrettuale in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Verranno perseguite iniziative, anche sperimentali, di classificazione della popolazione per classi di patologia e di rischio al fine di avviare, entro l'anno, modalità operative di medicina d'iniziativa e/o proattiva con i distretti ed i medici di medicina generale.

Nell'ambito del presidio ospedaliero per la salute di Cividale del Friuli verrà sviluppata una collaborazione tra l'AAS4 e la scuola di specializzazione in Geriatria dell'Università di Udine, inerente l'attività di geriatria territoriale, con il fine di sperimentare modalità innovative di gestione extra-ospedaliera (degenze intermedie, ambulatorio e domicilio) del paziente anziano fragile.

Al fine di monitorare l'appropriatezza degli interventi delle Aziende per l'assistenza sanitaria è necessario procedere all'aggiornamento del sistema informativo per l'assistenza domiciliare e all'adozione di un format regionale per le dimissioni protette e la continuità assistenziale.

In armonia con l'articolo 19 della legge regionale 17/2014, si raccomanda alle direzioni generali degli Enti del SSR di avviare incontri strutturati e continui con i cittadini, per le finalità di cui al medesimo articolo, utilizzando in particolare anche gli strumenti e i dati che il sistema regionale ha elaborato, come ad esempio il sistema dei costi standard NISAN, il progetto bersaglio del network delle regioni, il piano esiti dell'Agenas, il sistema ACG (adjusted clinical group).

#### **3.3.2. Pianificazione regionale**

In ossequio a quanto disposto dalla citata legge regionale di riordino del Servizio Sanitario Regionale, nel corso del 2015 sono completati i lavori preparatori per i piani settoriali regionali per la definizione dell'organizzazione e

la distribuzione delle strutture e dei servizi sanitari al fine di garantire equità di accesso e omogeneità di trattamento a tutta la popolazione. Per la redazione dei piani, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia si avvale del contributo tecnico di professionisti esperti delle Aziende per l'assistenza sanitaria con la finalità di coinvolgere maggiormente i professionisti e gli operatori nelle scelte tecnico-gestionali del sistema.

### **3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari**

Proseguono, trovando apposito spazio nelle programmazioni aziendali, le attività i cui obiettivi erano già presenti nei programmi degli anni precedenti, relative alle tematiche:

#### Accreditamento

Il programma regionale dell'accreditamento per le strutture private è in fase di completamento; nel 2014 sono state definitivamente accreditate le strutture RSA e Hospice, e sempre nel 2014 sono stati programmati procedimenti per le rimanenti strutture territoriali. Negli ultimi anni, le Aziende per l'assistenza sanitaria hanno partecipato al programma regionale di accreditamento attraverso percorsi di autovalutazione dei requisiti ed individuazione di piani di adeguamento, nonché con la messa a disposizione dei valutatori formati per gli audit nelle strutture sanitarie.

Per quanto previsto dall'art. 16 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*, nel corso del 2015 dovranno essere stabiliti, con regolamento regionale, i requisiti e la procedura per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie e i requisiti e la procedura per l'accreditamento, nonché le modalità per gli accordi contrattuali.

#### Odontoiatria sociale

Nel corso del 2015 verrà sviluppato un progetto di potenziamento dell'odontoiatria sociale con l'obiettivo di uniformare i livelli di assistenza forniti nel territorio regionale, le modalità di organizzazione dei servizi (tipologia di prestazioni offerte, criteri di accesso, di priorità e di compartecipazione ai costi) ed i livelli quali-quantitativi, razionalizzando ed utilizzando con maggiore efficacia ed efficienza la spesa già in essere e potenziando i servizi dove se ne ravvisa la necessità. Si intende introdurre, nelle Aziende per l'assistenza sanitaria, la figura dell'igienista dentale con l'obiettivo di sviluppare la prevenzione e l'igiene del cavo orale in determinate fasce della popolazione, a cominciare da quella disabile e/o anziana e/o vulnerabile, al fine di utilizzare al meglio gli odontoiatri in servizio. Seguirà un programma dettagliato predisposto da un apposito gruppo tecnico regionale.

#### Cure palliative

Nel 2014 è stato attivato il tavolo tecnico per proporre la contestualizzazione nel Servizio sanitario regionale delle indicazioni fornite dalla normativa di settore e dagli accordi stato-regioni. Nel corso del 2015, verranno condivisi i requisiti per la rete delle cure palliative già formulati e si procederà alla riorganizzazione e all'accreditamento delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio. Inoltre, nel corso dell'anno, sarà attivato il percorso formativo regionale per i professionisti e gli operatori delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore.

#### Salute mentale

Nel corso del 2015 si procederà, con il contributo di professionisti esperti delle Aziende per l'assistenza sanitaria, alla redazione del piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni nazionale per la salute mentale approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013. Al fine di monitorare l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo delle risorse è necessario definire indicatori di esito e di performance assistenziale continuando l'attività di raccordo con i professionisti delle Aziende per l'assistenza sanitaria. È richiesta la collaborazione dei Dipartimenti di salute mentale per migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale, secondo le indicazioni contenute nel manuale ministeriale 2014, adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

Per quanto riguarda la salute mentale in età adulta ed in età evolutiva, si dovranno avviare le necessarie azioni per migliorare la rete dei servizi territoriali attraverso specifiche strategie per recuperare e riconvertire le risorse destinate agli interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. In particolare, si dovranno perseguire i seguenti obiettivi:

- contenimento della **fuga extraregionale** per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali con il recupero, entro il 31.12.2015, di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2014
- realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica con aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri
- avvio della **rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva** in attuazione agli impegni previsti nei Piani Nazionali di salute mentale dell'età evolutiva, in particolare:
  - o diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita
  - o diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti
  - o riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario
- sviluppo di un adeguato **sistema informativo** in grado di sostenere, monitorare e valutare le pratiche clinico terapeutiche e riabilitative, nonché di fornire le necessarie informazioni per il governo del sistema ai diversi livelli decisionali
- consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con **Disturbi del comportamento alimentare**, potenziando il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio
- sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze* in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria, con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano
- utilizzo del budget di salute e sviluppo di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati per consentire il reinserimento nel territorio per le persone attualmente in **Ospedale Psichiatrico Giudiziario**. Nel corso del 2015 le Aziende sanitarie dovranno partecipare, a partire dalla riabilitazione nell'area della salute mentale, alla definizione delle componenti strategiche e degli elementi tecnico-professionali ed amministrativi della metodologia del "budget di salute", prevedendo anche specifici criteri di valutazione degli interventi previsti.

Infine, la strategia di intervento ad alta integrazione dei servizi, dei professionisti, delle competenze è stata riconosciuta dall'OMS come la modalità che consente di abbattere la percentuale di ricadute nelle **psicosi gravi** dal 50 al 10%. Emerge l'esigenza di promuovere approcci ed interventi nei confronti dei disturbi/disagi mentali, caratterizzati da logiche di sanità pubblica, dalla centralità del lavoro in team e ad alta integrazione professionale, dagli interventi di prevenzione e promozione della salute nelle comunità, dalla interconnessione tra sistema delle cure primarie e della salute mentale.

Il Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS, si dimostra uno strumento flessibile, evidence-base, internazionalmente sperimentato, di semplice applicazione se correttamente utilizzato, con cui lavorare per costruire percorsi condivisi di salute mentale tra cure primarie e aree specialistiche. Il mhGAP guida, infatti, aiuta il clinico nella valutazione, decisione e gestione degli interventi per realizzare un piano di trattamento personalizzato e, inoltre, facilita l'interazione degli operatori sanitari all'interno di una rete collaborativa per la conduzione dei piani di trattamento personalizzati. È pertanto necessario prevedere la

diffusione e l'applicazione del mhGAP con lo scopo di strutturare e sviluppare un sistema di relazioni tra medici di medicina generale e servizi di salute mentale, per poter gestire in modo integrato i disturbi psichiatrici comuni (ansia, depressioni, somatizzazioni) e favorire l'identificazione precoce e la continuità terapeutica delle psicosi.

### Dipendenze

Per il trattamento e la cura delle dipendenze dovrà essere promossa l'applicazione del Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e ad altre dipendenze emergenti.

Relativamente agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale si intende proseguire il confronto fra i servizi per le dipendenze.

Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal Servizio Sanitario Regionale per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere l'individuazione di strumenti per la valutazione dell'out come.

Alle Aziende per l'assistenza sanitaria è richiesta la collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, la partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale e alla definizione di almeno 3 indicatori di out come.

### Sanità penitenziaria

Dal 1.1.2014 la Regione esercita le funzioni di sanità penitenziaria attraverso le Aziende per l'assistenza sanitaria. Nel corso del 2014, le Aziende hanno posto in essere gli atti ed i provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale, la presa in carico delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali e la stipula di convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie. Inoltre, è stato siglato il protocollo di intesa inter-istituzionale in materia di sicurezza a livello regionale (Regione – Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria) e a livello operativo locale tra Istituto penitenziario e Azienda sanitaria.

Con deliberazione giunta n. 2059 del 7 novembre 2014 sono state approvate le linee di indirizzo regionali sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Nel 2015 la Regione intende favorire il miglioramento dell'assistenza sanitaria in carcere, attraverso percorsi di analisi e valutazione degli interventi a favore della popolazione detenuta. Sarà, pertanto, istituito l'Osservatorio permanente regionale della sanità penitenziaria, in coerenza con quanto previsto dalle disposizioni nazionali in materia, che svolgerà funzioni di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari; l'Osservatorio sarà costituito da rappresentanti della Regione, delle Aziende sanitarie, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile competenti territorialmente.

Nel corso del 2015 sarà data particolare importanza agli argomenti della collaborazione inter-istituzionale attraverso la revisione dei protocolli sperimentali in essere, all'analisi dei servizi aziendali per l'assistenza sanitaria nelle carceri e alle modalità di trattazione della documentazione clinica. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria è richiesto la redazione di un piano aziendale per l'assistenza sanitaria nelle carceri entro il 30 giugno 2015 e la stipula del protocollo operativo inter-istituzionale con validità triennale, coerente con il protocollo regionale entro il 31 dicembre 2015.

Poiché la funzione è entrata a regime, il relativo finanziamento è compreso nel rispettivo livello essenziale di assistenza.

### Ospedali psichiatrici giudiziari

Il percorso di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) è stato avviato in Friuli Venezia Giulia, in coerenza con le recenti disposizioni normative in materia; tra queste in particolare la legge 81/2014 che ha

prorogato al 31 marzo 2015 il termine per la chiusura degli OPG, introducendo contestualmente importanti innovazioni in ordine agli interventi e percorsi sostitutivi all'internamento.

La Regione, in attuazione della legge 17 febbraio 2012, n. 9, nell'ambito della regionalizzazione della funzione di superamento degli OPG, ha presentato al Ministero della Salute un programma di interventi finalizzati alla ristrutturazione di 3 strutture da inserire nella rete dei servizi sanitari regionali per la salute mentale.

Nel corso del 2014 i Dipartimenti di salute mentale hanno formulato i programmi terapeutico riabilitativi individuali, condivisi con la Magistratura al fine dei percorsi di dimissibilità delle persone attualmente internate. Nel 2015 alle Aziende per l'assistenza sanitaria è richiesta la presa in carico da parte dei Centri di Salute Mentale competenti delle persone attualmente internate, l'elaborazione del progetto terapeutico individuale e la realizzazione di azioni adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale, anche mediante l'utilizzo del budget di salute.

### Riabilitazione

Con l'applicazione degli standard previsti dalla nuova riforma è previsto un aumento considerevole dei posti letto di riabilitazione, sia ospedalieri che territoriali. Tali posti nascono dalla riconversione di posti letto per acuti e post-acuti attualmente presenti nel sistema, ma prevedono standard di personale di riabilitazione, in particolare fisioterapisti e logopedisti, attualmente non presenti nelle dotazioni delle singole aziende sanitarie. È necessario, pertanto, che ogni azienda individui i posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale e, nel contempo, avvii un percorso di revisione qualitativa della propria dotazione di personale finalizzato ad acquisire le figure necessarie ad ottemperare agli standard previsti per tale tipologia di attività. La pianificazione locale costituirà contributo essenziale per la stesura del **piano regionale della riabilitazione** che verrà adottato nel corso del 2015. Il piano verrà adottato in applicazione all'articolo 37 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 ed in coerenza con il Piano di indirizzo della riabilitazione, approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio 2011, che prevede la costruzione di una rete riabilitativa regionale a garanzia di un percorso riabilitativo unico integrato alle persone con disabilità. Il perseguimento di tale obiettivo richiede una riorganizzazione dell'offerta di prestazioni riabilitative in regime di ricovero, residenziale ed ambulatoriale, al fine di consentire una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado di offrire continuità di cura, equità di accesso e omogeneità di trattamento in tutto il territorio regionale.

Per quanto riguarda le Gravi cerebro-lesioni acquisite, *Il percorso clinico assistenziale delle persone con Grave Cerebro-lesione Acquisita e la rete per le gravi cerebro-lesioni in Friuli Venezia Giulia*, adottato con la Delibera di Giunta 1309 del 25 luglio 2012 in attuazione alle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 5 maggio 2011, dovrà rientrare nel piano regionale della riabilitazione. Nella stesura della pianificazione locale, le Aziende sanitarie devono considerare, ed eventualmente modificare, i propri piani di adeguamento ai requisiti previsti per le strutture deputate all'assistenza dei pazienti con Gravi cerebro-lesioni acquisite.

Per avviare un processo di valutazione delle attività intraprese e soprattutto valutare i risultati assistenziali di ciascun cittadino preso in assistenza, risulta necessario adottare la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

### Percorso nascita

Nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, sono state recepite con DGR 1083/2012 le linee di indirizzo dell'accordo stato-regioni 16 dicembre 2010, definiti i requisiti minimi delle strutture di ostetricia, pediatria/neonatologia e terapia intensiva neonatale, condotto un audit perinatale ministeriale, somministrati i questionari di autovalutazione alle Aziende sanitarie sedi di Punti nascita ed istituito il Comitato regionale per il percorso nascita, i cui lavori concorrono all'attuazione delle suddette linee di indirizzo.

Le Aziende per l'assistenza sanitaria, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento della qualità delle cure in ambito materno-neonatale, con particolare riferimento alla qualità, sicurezza e all'appropriatezza degli interventi assistenziali, di cui alla DGR 1083/2012.

### Diabete

Il Piano Nazionale sulla malattia diabetica ha fornito precise indicazioni sulle azioni da attuarsi al fine di garantire un continuo miglioramento nella assistenza alle persone con diabete e nelle strategie di prevenzione dell'insorgenza e sviluppo delle complicanze correlate alla malattia. Nel corso del primo semestre 2015 verrà recepito il piano nazionale sulla malattia diabetica e le AAS implementeranno i percorsi assistenziali sul diabete in gravidanza e le progettualità già programmate sui temi della prevenzione della malattia e delle sue complicanze attraverso le iniziative regionali già definite. In tale ambito sarà garantito il coinvolgimento di cittadini, associazioni dei pazienti, team diabetologico, medicina generale, farmacie aperte al pubblico. Saranno inoltre sviluppati temi centrali previsti dal Piano Nazionale quali tra gli altri la valutazione dell'assistenza resa alle persone con diabete, il tema delle tecnologie e dei dispositivi impiegati nella cura della patologia, i modelli organizzativi per la gestione integrata della malattia e il diabete nell'età evolutiva

### Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

Per quanto previsto dall'art. 16 della legge regionale 16 ottobre 2013, n. 17, *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*, la cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario con Slovenia ed Austria è indirizzo strategico della programmazione sanitaria, avuto riguardo anche al recepimento ed applicazione dei precetti della Direttiva 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Come previsto dalla suddetta norma, sarà implementato il percorso volto all'adozione del progetto obiettivo, coordinato con le attività regionali aventi a oggetto la sanità transfrontaliera ed in particolare con i programmi operativi interregionali, sulla sanità transfrontaliera, da adottarsi con deliberazione di Giunta regionale, al fine dell'integrazione tra la programmazione sanitaria e i documenti di programmazione della cooperazione territoriale tra Italia, Slovenia e Austria. In tale contesto, si svilupperà una collaborazione anche con la Croazia. L'articolo 16, comma 4, della medesima legge n. 17/2014, prevede inoltre che venga predisposto un piano di integrazione sociosanitaria che individui tempi e priorità per l'integrazione dei sistemi sociosanitari italiani e sloveni. Ne consegue che si dovrà addivenire ad Accordi od Intese inter-istituzionali transfrontaliere, secondo i percorsi previsti dalla normativa vigente nei Paesi interessati.

Nell'ambito della più generale attività di collaborazione internazionale saranno considerate altresì attività di sviluppo sui temi, in particolare, del sostegno all'empowerment del cittadino nei rapporti con le istituzioni sanitarie, di sistemi esperti per il supporto alle decisioni cliniche sulle malattie croniche e dell'individuazione, sempre nell'ambito della patologie croniche, di modalità di monitoraggio dei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti tramite soluzioni tecnologiche anche fortemente innovative.

### 3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

#### 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

Con la DGR n. 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. Ora è necessario organizzare le diverse filiere d'organo (cuore, fegato, pancreas, polmone e rene) e far lavorare i professionisti su obiettivi specifici che mirano a fare sistema e migliorare la qualità delle cure prestate in Regione, con l'obiettivo di assicurare pari opportunità a tutti i cittadini. A tal fine, partendo da situazioni differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2015 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

##### Cuore

1. Avvio dell'attività della filiera *cuore* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ed avvio delle attività con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i controlli per i pazienti trapiantati.
2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
3. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco portandolo al di sotto 250 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2013 di 255,7)

##### Rene

1. Avvio dell'attività della filiera *rene* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ed avvio delle attività con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i controlli per i pazienti trapiantati.
2. Potenziamento della Dialisi peritoneale con l'obiettivo di utilizzare tale metodica almeno nel 20% dei pazienti in dialisi.
3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi), aumento dei casi di trapianto da vivente (almeno 5 casi), utilizzo del doppio rene marginale (almeno 5 casi) ed utilizzo presso il Centro trapianti di almeno il 75% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).

##### Fegato

1. Avvio dell'attività della filiera *fegato* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i controlli per i pazienti trapiantati.
2. Avvio dell'attività della struttura autonoma di Epatologia con degenze per i pazienti trapiantati di fegato presso il presidio ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Udine.
3. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
4. Individuazione del centro o dei centri che fungono da riferimento regionale per la chirurgia epatica.

##### Pancreas

1. Formalizzazione della filiera *pancreas* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.
2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 50 per milione di residenti (valore medio regionale 2013 di 101,5).

##### Polmone

1. Formalizzazione della filiera *polmone* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2013 del 112,52)

### 3.4.2. Patologie tempo dipendenti

Con la DGR n. 519 del 21 marzo 2014 è stato dato avvio al nuovo modello organizzativo delle Centrali operative 118 provinciali con il loro superamento ed il passaggio alla Centrale operativa unica regionale; tale modello organizzativo consentirà di poter contare su un gruppo unitario di professionisti che, oltre a rispondere alla domanda di soccorso da parte della cittadinanza, coordinerà le reti di patologia tempo dipendente per le quali sono in corso le formalizzazioni. Per il 2015, oltre al completamento dell'avvio formale delle tre reti, vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

#### Ictus

1. Avvio dell'attività della rete ictus con formalizzazione almeno del percorso assistenziale del trattamento della fase in urgenza o emergenza (pre-ospedaliera e intraospedaliera fino all'ingresso in stroke-unit).
2. Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa con il raggiungimento di almeno 200 trattamenti nel territorio regionale, equivalenti a circa il 6% degli ictus..
3. Costituzione di un gruppo di professionisti, anche sfruttando le competenze presenti in più aziende, in grado di assicurare la Trombolisi endoarteriosa 24H per 365 giorni all'anno.

#### Emergenze cardiologiche

1. Avvio dell'attività della rete *emergenze cardiologiche* con formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali.
2. Esecuzione dell'ECG sulla scena dell'evento, in almeno il 95% dei pazienti con dolore toracico soccorsi nel territorio.
3. Esecuzione dell'angioplastica primaria entro 120 minuti dall'ECG in almeno l'85% dei casi di STEMI.

#### Trauma

1. Formalizzazione ed avvio dell'attività della rete *trauma*.
2. Trattamento della Frattura di femore dell'anziano entro 48H in almeno il 70% dei casi trattati dal presidio ospedaliero.

#### Pronto soccorso ed emergenza urgenza

1. Ridurre l'attesa per i codici verdi portandola entro 1h almeno nell'80% dei casi (media regionale 2013 del 68,76%)
2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (media regionale 2013 del 73,61%)
3. I 3 presidi ospedalieri HUB di Pordenone, Trieste (sede di Cattinara) e Udine attiveranno presso le attese del pronto soccorso, almeno nelle 12 ore diurne e 7 giorni su 7, un servizio di gestione attiva delle attese dei pazienti.

### 3.4.3. Reti di patologia

L'articolo 39 della legge regionale 17/2014 prevede la messa in rete delle strutture e dei professionisti per diverse patologie con il fine di garantire al paziente, in tutto l'ambito regionale, una maggiore appropriatezza e percorsi assistenziali standardizzati altamente qualificati. Tale approccio richiederà il confronto costante dei professionisti, fra loro e con i rappresentanti dei cittadini, e garantirà di conseguenza una migliore diffusione delle conoscenze. Le reti dovranno essere organizzate in modo da consentire la condivisione di informazioni cliniche, la comunicazione tra i professionisti per migliorare i setting assistenziali delle diverse condizioni di malattia, ponendo al centro dell'azione assistenziale la persona e la sua famiglia. A parte quelle di cui ai punti 3.4.1. e 3.4.2., nel corso del 2015 si prevede anche l'avvio dell'attività nei seguenti ambiti con gli obiettivi sotto specificati.

#### Malattie rare

1. Rilancio della rete *malattie rare* con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali.



2. Individuazione dei centri regionali che costituiscono riferimento per i singoli gruppi di malattia come previsto dal DM 279/2001.
3. Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001,

#### Malattie reumatiche

1. Formalizzazione ed avvio dell'attività della rete *reumatologica* con formalizzazione di almeno 2 PDTA.
2. Attivazione degli ambulatori di reumatologia previsti dalla rete.

#### Malattia oncologica

1. Formalizzazione ed avvio dell'attività della rete *oncologica*.

#### Cure palliative e terapia del dolore

1. Formalizzazione ed avvio della rete delle *cure palliative e terapia del dolore*.
2. Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche, che private accreditate, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare.
3. Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.
4. Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.
5. Aumento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni.

Le aziende parteciperanno con propri professionisti all'elaborazione ed all'organizzazione delle reti di patologia secondo i criteri sopra delineati e successivamente, dopo l'approvazione della Regione, adotteranno le modalità operative-gestionali dei percorsi assistenziali individuati.

### **3.4.4. Materno-infantile**

In seguito ai cambiamenti demografici in corso, nell'area materno-infantile si sta assistendo ad una contrazione del fenomeno delle nascite con ripercussione anche sull'attività delle Pediatrie e delle strutture di chirurgiche con casistica in età pediatrica. È necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico. In particolare per il 2015 dovranno essere perseguiti i seguenti obiettivi:

1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica
2. I Parti con taglio cesareo devono essere mantenuti al di sotto del 20% dei parti totali (sono escluse dal conteggio le donne che hanno già partorito con taglio cesareo).
3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2013 del 25,58%).
4. Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiologicala.

### **3.4.5. Sangue ed emocomponenti**

Il sistema trasfusionale regionale continua a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione ed a contribuire alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi:

1. Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma (valore 2014 +/- 5 %).

2. Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte delle AOU di Udine e Trieste, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale.
3. Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.
4. Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate.
5. Avviare l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, in RSA, nelle Residenze per anziani non autosufficienti e a domicilio, per i pazienti allettati, con l'obiettivo che almeno il 50% dell'attività trasfusionale del secondo semestre 2015, effettuata per pazienti in RSA o in Residenza per anziani non autosufficienti, non accede ai servizi trasfusionali).

La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia garantirà il coordinamento intra-regionale ed inter-regionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione di emocomponenti ed emoderivati, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale, in relazione agli obiettivi e alle azioni dei piani di settore; nel corso del 2015 ridefinirà, in accordo con gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, le regole della compensazione economica delle attività e dei prodotti del sistema trasfusionale regionale.

#### **3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza**

Nel 2015 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti cercando, nel contempo, l'appropriatezza ed il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. La programmazione dell'attività delle singole Aziende, sulla base della mission istituzionale assegnata, deve tendere ad una riconversione delle stesse, diminuendo il numero delle prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando il numero di quelle appropriate che più necessitano dal punto di vista della domanda. Prioritariamente devono essere mantenute le prestazioni urgenti e indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria. In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi al di sotto del 15% (valore medio regionale del 2013 del **19,9%**) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica. (fonte Piano controlli)
2. Riduzione del numero di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% (valore medio regionale del 2013 del **49,12%**) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica. (fonte Piano controlli)
3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti  $\geq 65$  anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale di 5,65%). (fonte Bersaglio)
4. Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 (valore medio regionale 2013 di 1,05). (fonte Bersaglio)
5. Riduzione della percentuale di ricoveri ripetuti al di sotto del 5% (valore medio regionale 2013 di 5,69%). (fonte Bersaglio)

#### **3.4.7. Tempi d'attesa**

In attesa dell'aggiornamento del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, sono confermate:

- le indicazioni previste dalla DGR 2384/2010 (Linee per la gestione del SSR per l'anno 2011) ai fini dell'applicazione dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. 7/2009;
- le indicazioni contenute nella DGR 1439 dd. 28-7-2011;
- le indicazioni e le prestazioni integrative oggetto di monitoraggio regionale già definite dalla DGR 2358 dd 30-11-2011 (Linee per la gestione del SSR per l'anno 2012);

Per l'anno 2015 le attività finalizzate al contenimento dei tempi di attesa sono assicurate a livello aziendale tramite le seguenti azioni:

- predisposizione del Piano di contenimento dei tempi d'attesa, quale parte integrante del PAL/PAO 2015, in una logica di integrazione con le strutture private presenti nel territorio aziendale; l'AAS1 predispone il piano con l'AOUTS ed il Burlo, l'AAS4 con l'AOUUD e l'AAS5 con il CRO; per le dotazioni di valenza regionale (alte specialità) le aziende detentrici di queste funzioni continueranno nel soddisfacimento della domanda espressa dalle aziende della regione, secondo il modello HUB e SPOKE delineato.
- Partecipazione allo sviluppo dei criteri di priorità regionali.
- Implementazione delle agende di prenotazione distinte per codice di priorità.
- Gestione della propria offerta nel rispetto del dettato nazionale e regionale sull'apertura e la chiusura delle agende, con rispetto del 90% per le priorità B e del 100% per le priorità D.
- Individuazione di un responsabile unico aziendale per la gestione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale.

Per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi relativi ai tempi d'attesa delle prestazioni costituisce pre-requisito essenziale il mantenimento dell'apertura delle agende e quindi la prenotabilità costante di tutte le prestazioni, anche in caso di interruzione temporanea di erogazione dei servizi. Ogni azienda, inoltre, è tenuta ad attivare, entro aprile 2015, il comitato per il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate, composto da rappresentanti dei cittadini e da professionisti

### **3.4.8. Rischio clinico**

Le attività relative ai programmi rischio clinico nel corso del 2015 saranno in continuità con i programmi in essere. Per tali attività la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia continua ad avvalersi della struttura "Accreditamento, qualità e valutazione delle performance" dell'Azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine.

Le linee di lavoro principali saranno focalizzate su:

- monitoraggio degli indicatori concordati
- diffusione, messa a regime e monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali e dei programmi di:
  - o rischio infettivo
  - o lesioni da pressione
  - o controllo del dolore
  - o cadute
  - o sicurezza nella documentazione sanitaria del percorso paziente
  - o incident reporting
  - o identificazione paziente
  - o sicurezza nell'uso del farmaco inclusa la preparazione di antiblastici
  - o sicurezza del percorso operatorio
  - o violenza su operatori
- partecipazione ai programmi nazionali sul rischio clinico;
- sviluppo, adozione e diffusione degli strumenti per l'empowerment di cittadini e pazienti sulle tematiche del rischio;
- coordinamento dei programmi con le altre linee di lavoro regionali con la finalità di garantire gli stessi standard di sicurezza in tutti i livelli assistenziali erogati dal SSR
- pubblicizzazione delle performance.

Particolare enfasi nel corso del 2015 sarà data ai programmi:

- sull'uso sicuro dei farmaci nella rete assistenziale, incluse RSA e Case di Riposo
- sulla riduzione significativa della poli-farmaco terapia negli ultrasessantacinquenni; in particolare:
  - o ridurre del 50% il numero di pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi, attualmente stimato a 13,7%
  - o garantire la valutazione della clearance renale, su base annuale, ad almeno il 90% dei pazienti con prescrizione di farmaco ad eliminazione renale
- all'implementazione dei programmi di antimicrobial stewardship; in particolare:

- negli ospedali per acuti, ridurre del 50% il gap di prevalenza di pazienti degenti con prescrizione di antibiotico, rispetto alla media europea del 2012
- utilizzare le indicazioni (microbiologiche, clinico terapeutiche, assistenziali e preventive) riportate nei documenti regionali
- partecipare alla Point Prevalence Survey prevista per ottobre 2015.

### **3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure**

La strategia che verrà perseguita nella riorganizzazione della offerta prestazionale è quella della concentrazione delle attività per struttura al fine di assicurare casistica adeguata ed esiti attesi secondo standard internazionali. Per assicurare una adeguata qualità assistenziale si dovrà procedere alla concentrazione della casistica, in particolare chirurgica e interventistica invasiva, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016. Nella riorganizzazione della rete ospedaliera si dovrà tenere conto dei principi di cui all'art.6 della legge regionale n. 17/2013 e dell'art. 25 della legge regionale n. 17/2014. Per il 2015, in particolare si prevede di avviare attività nei seguenti settori.

#### **Senologia**

Sarà predisposto entro il 31.12.2015 un piano di riorganizzazione dell'attività senologica, come da programmazione regionale definita, che garantisca nel territorio regionale un'offerta di servizi, rispondente ad elevati standard di qualità in tutte le fasi del percorso. Tale riorganizzazione dovrà essere in linea con quanto previsto dal Regolamento *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* approvato in conferenza Stato Regioni del 5 agosto 2014.

#### **Chirurgia oncologica (multispecialistica)**

Nel corso del 2015 verrà fatta, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, una valutazione sui volumi di casistica di chirurgia oncologica che, alla luce della nuova organizzazione ospedaliera, vengono assicurati dalle equipe.

#### **Chirurgia pediatrica**

Nel corso del 2015 verrà fatta, da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, una valutazione sui volumi di casistica di chirurgia pediatrica che, alla luce della nuova organizzazione ospedaliera, vengono assicurati dalle equipe.

#### **Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi**

Al fine di fronteggiare e contrastare l'inappropriatezza e la sovra-diagnosi, nel corso del 2015 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di choosing wisely. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

- diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa
- diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio
- antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori
- densitometria ossea
- esami preoperatori in pazienti a basso rischio
- antipsicotici in pazienti anziani
- nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale
- inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo
- posizionamento del catetere urinario
- induzione del parto
- altri individuati dai professionisti

### 3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel corso del 2015 sarà perseguita una politica sull'uso del farmaco e dei dispositivi medici per l'assistenza farmaceutica integrativa regionale che punti a privilegiare, a parità di qualità assistenziale, le scelte terapeutiche a minor costo. Tale fine dovrà essere favorito attraverso azioni che coinvolgano più fattori ed in particolare: l'impiego della reportistica regionale per la medicina generale, gli incontri periodici di confronto e di audit e feedback ai prescrittori, nonché l'inclusione negli obiettivi di tutti i prescrittori, territoriali, ambulatoriali e ospedalieri.

Per il 2015 sono confermati i tetti di spesa fissati dal comma 3 dell'art.15 del DL 95/2012 (11,35% sul FSR per la farmaceutica territoriale e 3,5% del FSR per l'ospedaliera): le aziende per l'assistenza sanitaria dovranno pertanto mettere in atto tutte le azioni necessarie al contenimento della spesa sia sul fronte territoriale che su quello ospedaliero. In particolare, continuano a trovare applicazione le misure di garanzia dell'appropriatezza prescrittiva e del contenimento della spesa farmaceutica, territoriali ed ospedaliere. Relativamente ai medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali) le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale.

Sul tema della farmacovigilanza trovano continuità le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende Ospedaliere Universitarie così come indicato dalle delibere di riferimento; vengono avviate specifiche progettualità sui temi relativi alle reazioni avverse da medicinali in ambiente ospedaliero, all'aderenza alle terapie e all'appropriatezza d'uso dei medicinali nella continuità ospedale-territorio. Su tali tematiche sono avviati, in collaborazione con la medicina generale, gli specialisti e l'Università, percorsi formativi mirati che potranno essere sviluppati anche con i fondi statali messi a disposizione dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Potranno essere altresì attivate, con i medesimi fondi, iniziative di promozione dell'uso sicuro dei medicinali con gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, con le Università e/o l'area welfare, anche mediante convenzioni con i soggetti interessati da definirsi a tal fine.

Nell'ambito della farmacia dei servizi vengono favorite iniziative su temi quali le patologie croniche e il diabete. Le Aziende sanitarie dovranno implementare, con il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico e con il contributo dei sanitari interessati, le attività stabilite dal Piano della Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani ( Progetto "Misura la Tua Vita"). In generale, in linea con quanto fissato dalla LR 17/2014, saranno avviate degli interventi per favorire l'integrazione delle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, promuovendo anche iniziative per valorizzare il ruolo delle farmacie nelle zone più disagiate.

Nel corso del 2015 sarà istituita la commissione farmaceutica regionale di cui alla L.R. 14/2011 al fine di avviare sistemi omogenei di valutazione sui farmaci anche in riferimento all'attivazione del prontuario terapeutico regionale. Gli Enti del SSR assicureranno la partecipazioni a tali attività. Inoltre proseguiranno le attività e le progettualità già previste negli atti di programmazione del 2014 con particolare riferimento ai seguenti obiettivi:

1. Promozione dell'utilizzo dei biosimilari. La scelta di trattamento con un farmaco biologico, al pari di ogni altro atto prescrittivo, rimane una decisione in capo al medico prescrittore. Ciò premesso, nel corso del 2015 le prescrizioni di bio-similari, ovvero del corrispondente farmaco capostipite che dalle gare regionali/aziendali risulti economicamente più vantaggioso, dovranno tendere per i nuovi pazienti (naive), a valori prossimi all'80% del totale delle prescrizioni. Tale attività dovrà fare particolare riferimento alle epoietine, ai fattori di crescita granulocitari e all'ormone della crescita (sono esclusi i pazienti pediatrici), ferma restando in ogni caso la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno, motivando la scelta effettuata. Le aziende, a tal fine, predispongono idonee iniziative di promozione e strumenti di monitoraggio.
2. La prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 2 devono tendere ai valori target indicati. Le Aziende valuteranno inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza quali ad esempio: inibitori

di pompa protonica ( esempio uso occasionale), antibiotici e farmaci per i disturbi ostruttivi dell'apparato respiratorio favorendo i medicinali con il miglior rapporto di costo efficacia.

3. Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare deve essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda sanitaria, assicurando al contempo un monitoraggio dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni farmaceutiche erogate (es. poli-terapia nei pazienti fragili anziani, medicinali soggetti a prescrizione specialistica/piano terapeutico). Le Aziende trasmettono un report semestrale alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia sulle attività intraprese, secondo modalità da concordarsi.
4. Le Aziende sanitarie hanno recepito l'accordo con le farmacie convenzionate stipulato in data 28.07.2014 e ne assicurano l'attuazione secondo quanto previsto con riferimenti ai vari punti oggetto dell'accordo. Inoltre, relativamente alla distribuzione per conto, al fine di promuovere l'appropriatezza e la sostenibilità delle prestazioni farmaceutiche, le Aziende assicurano misure di governo della prescrizione di specialità medicinali non ricomprese nelle liste dei farmaci acquistati centralmente. Tali misure, perseguite anche attraverso iniziative di audit e feedback con i prescrittori, sono volte a favorire la prescrizione di medicinali acquistati centralmente.
5. Vengono assicurati il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.
6. Le Aziende adottano idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza e segnalare contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia secondo le modalità concordate.
7. Gli Enti del SSR promuovono iniziative di farmacovigilanza ed assicurano tutti gli adempimenti di legge; inoltre garantiscono, attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati, l'adesione alle iniziative di farmacovigilanza e di promozione dell'uso sicuro dei medicinali avviate dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.
8. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante per i farmaci in questione la compilazione di detti registri;
9. La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti;
10. Le Aziende sanitarie assicurano: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese; l'integrale copertura della fase 3 su fase 2; la verifica della congruenza dei dati trasmessi con gli indicatori di qualità del dato disponibili. Viene altresì favorita, nelle Aziende in cui il sistema è disponibile, la prescrizione elettronica del primo ciclo e quella a seguito di visita ambulatoriale; in fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.
11. La aziende implementeranno, secondo le modalità che saranno definite nel corso del 2015 dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, il SIASA-File F ovvero sistemi validati e condivisi anche per i pazienti regionali in regime ricovero, prestazioni ambulatoriali e distribuzione diretta al fine di quantificare la mobilità intra-regionale; a tale scopo è incentivato l'utilizzo, laddove presente, del sistema di prescrizione informatizzata PSM.

12. Le Aziende partecipano mettendo a disposizione il proprio personale qualificato ai percorsi per l'avvio di sistemi omogenei di valutazione sui farmaci anche in riferimento all'attivazione del prontuario terapeutico regionale.
13. In collaborazione con le Aziende sarà avviato un percorso per uniformare le anagrafiche dei beni sanitari, al fine di consentire agli enti e agli operatori di lavorare in condizioni logistiche e amministrative ottimali, rendendo al contempo più efficace e sicuro il trattamento dei pazienti. La finalità di tale percorso è di attribuire ad ogni prodotto a valenza sanitaria utilizzato in ambito regionale (farmaci, dispositivi medici, alimenti destinati a fini speciali, dispositivi di protezione individuale) un codice identificativo univoco per confezione commercializzata. Gli enti del Servizio sanitario regionale si adopereranno, in conformità alle indicazioni ricevute, per la messa a regime del nuovo sistema di denominazione.

Tabella n. 2 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

<b>Categorie ATC</b>	<b>% Media FVG (gen-nov 2014)</b>	<b>Target nazionale a cui tendere %</b>
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	83,00	92,30
C09DA - agonisti dell'angiotensina II e diuretici	72,10	82,70
C10AA - inibitori dell'HMG COA reduttasi	76,99	84,80
G04CB - inibitori del testoserone 5-alfa reduttasi	34,23	44,60
M05BA - bifosfonati	92,85	97,70
N03AX - altri antiepilettici	59,77	69,20
N06AB - inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione	82,17	87,30
N06AX - altri antidepressivi	43,46	56,80

\*NB. Tali indicatori potranno essere aggiornati in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.

## **3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI**

### **3.6.1. Disabilità adulti e minori**

In attuazione dell'art. 19 comma 14 lettera K della LR 16/10/2014 n. 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" le aziende sanitarie devono individuare la figura di *coordinamento della rete per persone adulte con disabilità* dopo aver identificato e implementato le modalità organizzative e operative utili a realizzare il coordinamento della rete per le persone adulte con disabilità congenita e acquisita *per gli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi nei diversi setting assistenziali, domiciliare, ambulatoriale e residenziale* e per garantire la continuità dell'assistenza sanitaria nel passaggio tra l'età evolutiva e l'età adulta. In particolare dovrà essere garantito il raccordo e l'integrazione tra tutti i servizi aziendali coinvolti, i servizi sociali dei comuni, i soggetti gestori dei servizi per le persone disabili e le organizzazioni di rappresentanza delle stesse. Anche per questo ambito risulta indispensabile avviare processi di valutazione degli interventi programmati e, pertanto, nella pratica verrà adottata la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

### **3.6.2. Anziani**

In attuazione dell'articolo 31 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) e dell'articolo 10 della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 17 (legge finanziaria 2009) e in conformità ai principi della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 (norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali), gli obiettivi strategici regionali degli ultimi anni sono stati orientati a dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione di diverse strategie, tra le quali la riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e l'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane e per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi stessi.

In continuità con le attività realizzate negli anni precedenti, per l'anno 2015 si prevede di agire sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti attraverso i seguenti obiettivi/azioni che le Aziende Sanitarie dovranno sviluppare nel loro PAL:

1. *Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani* con prosieguo delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzazione di nuove visite di audit approfondite.
2. *Sistema di Valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG con:*
  - a. Accesso a tutte le residenze per anziani (convenzionate e non convenzionate) previa valutazione del bisogno delle persone da accogliere tramite l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG. La valutazione dovrà essere effettuata da un'équipe multi-professionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti al Distretto e all'Ambito dei servizi sociali territorialmente competenti.
  - b. Accesso ai servizi semiresidenziali per anziani convenzionati previa valutazione del bisogno delle persone da accogliere tramite l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG. La valutazione viene effettuata da un'équipe multi-professionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti al Distretto e all'Ambito dei servizi sociali territorialmente competenti.
  - c. Al fine di garantire appropriatezza e coerenza nell'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, ciascuna Azienda sanitaria nomina almeno 2 referenti per ciascun distretto che assumano il ruolo di tutor distrettuale per le valutazioni. I tutor parteciperanno alle attività formative organizzate dalla Regione in tema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG.



3. *Convenzione* con adozione da parte delle Aziende sanitarie dello schema tipo, per i rapporti tra Aziende e strutture residenziali per anziani, adottato dalla Regione.
4. *Sistemi informativi* con monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito, da parte delle Aziende sanitarie, sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani del proprio territorio. Prosegue la partecipazione al progetto Europeo Smart Care sull'innovazione per un invecchiamento attivo e sano, con l'obiettivo di definire un set comune di specifiche funzionali standard per una piattaforma ICT aperta in grado di fornire assistenza domiciliare integrata ai cittadini europei anziani.

### **3.6.3. Minori**

In ottemperanza a quanto previsto dalla Legge nazionale 28 marzo 2001 n. 149 *"Modifiche alla legge 4 maggio 1983 n. 184, recante <<Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori>>, nonché al Titolo 8 del Libro I del Codice civile"* e dalla Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 *"Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità"* si prevede di attuare le linee guida regionali per l'affido familiare con la promozione e lo sviluppo dell'istituto dell'affido attraverso la stipula di protocolli operativi con i Servizi Sociali dei Comuni e una riorganizzazione delle risorse funzionale a garantire la presa in carico del minore e della sua famiglia secondo le modalità definite dalle linee guida stesse.

### **3.6.4. Piani di Zona**

In ottemperanza a quanto previsto dalle linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, allegato alla delibera n. 458 del 22/3/2012 e dall'art. 24 della Legge regionale 6/2006 *"Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"* si prevede di attuare la pianificazione locale nelle aree d'integrazione socio sanitaria attraverso i seguenti obiettivi/azioni:

1. Predisposizione del Programma attuativo annuale, da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa, da parte delle Aziende sanitarie, congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni.
2. Consolidamento dei livelli organizzativi e operativi di integrazione sociosanitaria nelle aree ad alta integrazione (cfr Linee Guida per la predisposizione dei PDZ/PAT Ob. 4, 5, 6, 7, 8) e implementazione dell'applicazione delle metodologie e degli strumenti di lavoro integrati individuati per il conseguimento degli obiettivi previsti dalle Linee Guida stesse.

### 3.6 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E TECNICHE

#### 3.6.1. Rischio amministrativo

Fermo restando l'autonomia delle aziende nell'attuazione della legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", le Aziende sanitarie collaboreranno alla rilevazione ed individuazione dei principali rischi amministrativi, in particolare nei seguenti settori:

- Acquisizione, gestione, valutazione del personale;
- Acquisizione e gestione di beni e servizi sanitari e non sanitari;
- Affidamento di lavori, servizi e forniture;
- Provvedimenti con effetto esterno di spesa;
- Libera professione.

#### 3.6.2. Sistema informativo

Nel corso del 2015 si dovranno sviluppare ed implementare alcuni servizi prioritari per il cittadino:

- Referti on line per le prestazioni già refertate con firma digitale
- Pagamento on line delle prestazioni
- Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca
- Consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile
- Tempi di accesso ai servizi di Pronto soccorso per codice triage, estendendo la procedura del Sistema Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) già adottata dalla maggior parte dei servizi della regione, anche per le rimanenti sedi di Pronto soccorso.

Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:

- Sicurezza
- Privacy
- Sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri
- Ricetta elettronica da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale
- Estensione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) a tutti i Pronto soccorso della Regione

Nel 2015 è obbligatorio l'utilizzo della **firma digitale** per i seguenti documenti, per i quali viene fissata la percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti:

- Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera
- Laboratorio e microbiologia > 80%
- Medicina trasfusionale > 90 %
- Anatomia patologica > 95 %
- Radiologia > 80%
- ECG > 60%.

Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2015 s'interverrà su:

- a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero
  - a. cartella integrata clinico assistenziale (attività propedeutiche alla realizzazione)
  - b. estensione del sistema ECG già maggiormente in uso in tutti i presidi ospedalieri ed i distretti
- b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria
  - a. Piattaforma di connessione con la medicina generale
- c. Sistema di gestione dell'attività dei servizi sociali dei comuni (SSC)
  - a. Acquisizione applicativo gestionale unico per tutti i SSC

- b. Implementazione applicativo cartella sociale informatizzata (CSI) in uso a tutti i servizi sociali dei comuni
- d. Sistema direzione aziendale
  - a. Governo del personale
  - b. Governo logistico
- e. Sistema direzionale regionale
  - a. Data Warehouse gestionale
  - b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili e, per alcune tipologie specifiche, al conseguente avvio.

### **3.6.3. Sistema PACS regionale**

Il coordinamento del sistema PACS regionale rimane nell'ambito della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia che si avvale, per la gestione operativa del sistema, dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi. Per il 2015 le linee di sviluppo sono le seguenti:

- a. proseguimento dell'estensione avviata nel corso del 2014 ai servizi non interessati dalla prima fase di implementazione del sistema (radiologia, medicina nucleare ed ecocardiografia), che prioritariamente riguarderà l'ecografia ginecologica e prenatale, l'endoscopia digestiva e, in una fase successiva, la broncoscopia e la radioterapia.
- b. completamento della realizzazione dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale (nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;
- c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici;
- d. completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS delle aziende AAS1, AOUST e IRCCS Burlo Garofolo nell'impianto del sistema PACS regionale.

### **3.6.4. Attività centralizzate presso l'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)**

Per il 2015 vengono posti i seguenti obiettivi di centralizzazione dei servizi amministrativi:

- Concorsi
  - o Entro il 31 maggio è avviato il concorso unico regionale per la qualifica di Infermiere da concludersi entro il 31 ottobre 2015;
  - o Entro il 31 luglio è avviato il concorso unico regionale per la qualifica di Operatore Socio Sanitario da concludersi entro il 31 dicembre 2015;
- Provveditorato
  - o La funzione di Provveditorato di ASS3, ASS4 e AOUID transita all'EGAS entro il 30 settembre 2015

#### 4. LE RISORSE FINANZIARIE

Il sistema di finanziamento per il 2015 prosegue il percorso intrapreso nell'anno precedente, approfondendo ulteriormente e ampliando i criteri allocativi delle risorse, secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione. Infatti nel 2015 la quota riproporzionata, ovvero quella non distribuita secondo criteri standard, è stata ridotta a circa 230 milioni di euro, contro i 318 milioni di euro del finanziamento 2014.

Da quest'anno, il finanziamento viene previsto in linea di principio per Ente, superando il criterio passato dell'Area vasta, con l'eccezione delle Aziende commissariate (AAS1/AOUTS e AAS4/AOUUD) che dovranno operare in modo unitario fin da quest'anno, secondo il mandato legislativo, pur predisponendo due distinti bilanci. La programmazione e gli obiettivi dovranno quindi essere integrati, ai fini della futura costituzione in un'unica azienda, rispettivamente Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste ed Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, come previsto all'articolo 4 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014.

Per individuare gli standard per ogni azienda è stata utilizzata la popolazione pesata al 31/12/2013, secondo i pesi per la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale 2013. Per il livello dell'assistenza domiciliare integrata è stata considerata la popolazione ultra sessantacinquenne pesata; inoltre è stata individuata la popolazione ultra sessantacinquenne residente oltre i 500 metri di altitudine alla quale è stato raddoppiato lo standard, in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili. Per il livello della prevenzione, infine, è stata utilizzata la popolazione non pesata.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione in relazione all'ambito di ciascun ente:

	<b>Regione</b>	<b>AAS1</b>	<b>AAS2</b>	<b>AAS3</b>	<b>AAS4</b>	<b>AAS5</b>
<b>popolazione secca al 31/12/2013</b>	<b>1.229.456</b>	<b>235.793</b>	<b>253.397</b>	<b>171.980</b>	<b>253.642</b>	<b>314.644</b>
<b>popolazione pesata al 31/12/2013 (pesi FSN 2013)</b>	<b>1.347.592</b>	<b>275.607</b>	<b>280.319</b>	<b>188.435</b>	<b>276.538</b>	<b>326.693</b>
<b>popolazione pesata &gt; 65 al 31/12/2013</b>	<b>742.356</b>	<b>163.594</b>	<b>155.955</b>	<b>103.774</b>	<b>150.589</b>	<b>168.444</b>
<b>popolazione pesata &gt; 65 al 31/12/2013 oltre 500 m alt.</b>	<b>18.224</b>			<b>16.251</b>	<b>140</b>	<b>1.833</b>

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta attraverso la miglior performance fra le aziende, oppure tramite riferimenti nazionali. Rispetto all'anno precedente sono stati potenziati alcuni livelli riguardanti l'assistenza primaria, quali l'Assistenza Domiciliare integrata, la Specialistica ambulatoriale e l'Integrazione socio-sanitaria. In questa prospettiva si è quindi proceduto al graduale riequilibrio, come previsto all'articolo 53 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014.

Scendendo più nel dettaglio del finanziamento dei diversi livelli, si evidenzia quanto segue:

- Sono stati individuati due standard per la farmaceutica territoriale:
  - la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionata e la distribuzione per conto, con uno standard di 153 euro;
  - la distribuzione farmaceutica territoriale diretta, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata, con uno standard di 48 euro.
- Lo standard per l'assistenza ospedaliera, come nel 2014, è complessivamente di 630 euro a livello regionale e remunera per 434,89 euro la parte tariffata e, per la restante quota, la complessità e le funzioni ospedaliere non tariffate;
- Per l'assistenza domiciliare integrata, lo standard è stato fissato a 42 euro, contro i 33,32 del 2014; inoltre è stato raddoppiato a 84 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine. La popolazione di riferimento potrà essere integrata con successivi atti di programmazione in funzione in funzione di parametri orografici più rappresentativi del territorio di riferimento;

- Il finanziamento del livello dell'integrazione socio sanitaria fa riferimento agli standard assistenziali previsti nella convenzione unica regionale, attualmente in fase di approvazione, ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%;
- Il finanziamento per le funzioni di integrazione socio-sanitaria, contiene l'attuazione delle previsioni contenute nella relazione politico programmatica per l'anno 2015, in tema di riclassificazione e ricollocazione negli stanziamenti di pertinenza di spese sul fondo sanitario regionale;
- Per la convenzionata e le strutture residenziali specifiche sono considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2014 mentre per le RAR è stato riproposto il finanziamento del 2014;
- Nell'ambito della quota di cui dall'articolo 2, comma 1 bis, della L.R. 10 agosto 2006, n. 14, viene specificatamente evidenziata la quota destinata alla ricerca, che è pari a 18.594.000 euro, da suddividere in parti uguali fra i gli IRCCS regionali Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano;
- Il finanziamento dell'EGAS fa riferimento alle risultanze contabili sostenute nel 2014 dall'ex Dipartimento dei Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliero-universitaria S. M. della Misericordi di Udine;
- La quota riproporzionata è stata suddivisa tra le aziende in base alla distanza fra le quote determinate nei diversi specifici livelli individuati e il finanziamento assegnato alle aziende nell'esercizio 2014, comprese delle quote previste con l'assestamento di bilancio per il medesimo esercizio.

Il fondo sanitario regionale per l'anno 2015 è stato determinato in 2.117.425.550 euro; la Tabella 1 rappresenta l'assegnazione del finanziamento alle Aziende secondo la metodologia sopra descritta, mentre la Tabella 2 riporta il finanziamento delle attività sovra-aziendali.

#### **4.1. Protocolli d'intesa Regione – Università**

Nelle more della revisione degli attuali protocolli d'intesa fra Regione ed Università, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste, in applicazione agli articoli 11 e 12 dei protocolli d'intesa Regione – Università di Udine del 13.2.2006 e Regione – Università di Trieste del 29.12.2005, si conferma anche per il 2015 la quota di 600.000 euro per ciascuna Azienda Ospedaliero Universitaria.

#### **4.2. Legge regionale n. 7/2009**

Il fondo per le liste d'attesa di € 2.500.000 di cui alla LR 7/2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale" è compreso nelle quote di finanziamento delle 5 AAS per le specifiche linee di attività specialistica ambulatoriale..

**Tabella 1: Finanziamento Enti SSR**

	Regione	AAS1 e AOU TS	AAS2	AAS3	AAS4 e AOU	AAS5	IRCCS CRO	IRCCS BURLO	EGAS
<b>Farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC)</b>	<b>206.181.576</b>	<b>42.167.871</b>	<b>42.888.807</b>	<b>28.830.555</b>	<b>42.310.314</b>	<b>49.984.029</b>			
pro capite proiezione 31/12	158,18	157,05	160,06	151,29	157,54	162,04			
standard	153,00	153,00	153,00	153,00	153,00	153,00			
<b>Farmaceutica territoriale diretta</b>	<b>64.684.416</b>	<b>13.229.136</b>	<b>13.455.312</b>	<b>9.044.880</b>	<b>13.273.824</b>	<b>15.681.264</b>			
pro capite proiezione 31/12	44,74								
standard	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00	48,00			
<b>AFIR</b>	<b>16.171.104</b>	<b>3.307.284</b>	<b>3.363.828</b>	<b>2.261.220</b>	<b>3.318.456</b>	<b>3.920.316</b>			
pro capite proiezione 31/12	14,46	16,00	16,16	12,33	12,95	14,21			
standard	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00			
<b>Ricoveri totale</b>	<b>848.982.960</b>	<b>204.807.369</b>	<b>121.906.824</b>	<b>81.947.754</b>	<b>224.022.256</b>	<b>192.044.820</b>	<b>10.423.140</b>	<b>13.830.797</b>	
<b>complessità e funzioni non tariffate</b>	262.933.991	84.949.728			103.759.736	49.970.590	10.423.140	13.830.797	
<b>ricoveri mobilità fvg</b>	586.048.969	119.857.641	121.906.824	81.947.754	120.262.520	142.074.230			
standard totale	630,00								
standard mobilità	434,89	434,89	434,89	434,89	434,89	434,89			
<b>Specialistica</b>	<b>250.652.112</b>	<b>51.262.902</b>	<b>52.139.334</b>	<b>35.048.910</b>	<b>51.436.068</b>	<b>60.764.898</b>			
pro capite proiezione 31/12	189,39	185,41	193,62	184,49	192,81	189,05			
standard	186,00	186,00	186,00	186,00	186,00	186,00			
<b>Prevenzione</b>	<b>100.815.392</b>	<b>19.335.026</b>	<b>20.778.554</b>	<b>14.102.360</b>	<b>20.798.644</b>	<b>25.800.808</b>			
standard 5% fondo	82,00	82,00	82,00	82,00	82,00	82,00			
<b>ADI</b>	<b>31.944.360</b>	<b>6.870.948</b>	<b>6.550.110</b>	<b>5.041.050</b>	<b>6.330.618</b>	<b>7.151.634</b>			
standard	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00			
standard pop > 500 m. alt.	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00			
<b>Protesica</b>	<b>20.213.880</b>	<b>4.134.105</b>	<b>4.204.785</b>	<b>2.826.525</b>	<b>4.148.070</b>	<b>4.900.395</b>			
standard	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00			
<b>Integrazione Socio Sanitaria (ass. sanitaria in strutture conv.)</b>	<b>22.622.996</b>	<b>4.276.430</b>	<b>3.875.567</b>	<b>2.701.253</b>	<b>5.729.074</b>	<b>6.040.672</b>			
<b>Convenzionata (MMG; PLS; Specialisti)</b>	<b>134.491.994</b>	<b>25.670.599</b>	<b>28.818.183</b>	<b>18.949.559</b>	<b>26.457.876</b>	<b>34.595.777</b>			
<b>Strutture residenziali specifiche/handicap</b>	<b>50.351.536</b>	<b>11.092.000</b>	<b>9.830.233</b>	<b>5.933.312</b>	<b>11.738.038</b>	<b>11.757.953</b>			
<b>Funzioni socio assist. Finalizz.</b>	<b>1.731.000</b>	<b>25.000</b>			<b>140.000</b>	<b>1.566.000</b>			
<b>Finanziamento Ricerca IRCCS da art. 1bis L.R.14/2006</b>	<b>18.594.000</b>						<b>9.297.000</b>	<b>9.297.000</b>	
<b>Centro regionali trapianti</b>	<b>1.004.800</b>				<b>1.004.800</b>				
<b>Centro regionale malattie rare</b>	<b>700.000</b>				<b>700.000</b>				
<b>Finanziamento RAR</b>	<b>29.109.523</b>	<b>6.193.216</b>	<b>5.007.918</b>	<b>1.770.463</b>	<b>8.911.064</b>	<b>5.202.310</b>	<b>919.046</b>	<b>1.105.506</b>	
<b>Piano sangue regionale e Nat HCV</b>	<b>4.050.000</b>		<b>4.050.000</b>						
<b>Attività centralizzate EGAS</b>	<b>9.276.383</b>								<b>9.276.383</b>
<b>Quota riproporzionata</b>	<b>228.488.512</b>	59.604.508	59.190.218	29.416.379	47.824.580	26.507.168		5.945.659	
<b>Totale finanziamento enti</b>	<b>2.040.066.544</b>	<b>451.976.394</b>	<b>376.059.673</b>	<b>237.874.220</b>	<b>468.143.682</b>	<b>445.918.044</b>	<b>20.639.186</b>	<b>30.178.962</b>	<b>9.276.383</b>

**Tabella 2: Contributi regionali per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovra-aziendali)**

<b>N.</b>	<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>	<b>Importo previsto</b>	<b>Ente gestore</b>	<b>Note</b>
1	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
2	Elisoccorso	3.319.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
3	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
4	Assicurazioni RC (polizza)	5.171.175,00	EGAS	Linea centralizzazione
5	Assicurazioni RC (fondo copertura 2014)	9.000.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
6	Avalimento di personale delle Aziende Sanitarie	250.000,00	A.O.U UD	Intervento specifico (LR12/2009 art.10 comma11)
7	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	43.000,00	A.A.S 2	Linea prevenzione
8	Spese di funzionamento Ceformed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.250.000,00	A.A.S 2	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
9	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.053.772,00	A.A.S 3	Intervento specifico (LR 19/2006 art.30)
10	Contratti per la formazione specialistica dei medici presso le scuole di specializzazione della Regione e fuori Regione	2.253.000,00	A.A.S 3	Protocollo Regione Università - Dlgs 502/1992, art.6 comma 3
11	Rimborso oneri per indennizzi L 210/92	420.143,00	A.A.S 3	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
12	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
13	Supporto Area Welfare di comunità per attività programmazione, progettazione e gestione interventi aree sanitaria, sociosanitaria e politiche sociali e cofinanziamento regionale - DGR 2788/2009 e DGR 394/2011	1.250.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
14	Progetti internazionali e interventi umanitari	240.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
15	Spese dirette delle Università inerenti al funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria, di cui ai protocolli d'intesa ex art 6, c.3, DLgs 502/1992	2.241.000,00	A.A.S 2	Protocollo Regione Università - Dlgs 502/1992, art.6 comma 3
16	Spese dirette dell'ARPA per il funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria per tecnici della prevenzione	170.000,00	A.A.S 2	Protocollo Regione Università - Dlgs 502/1992, art.6 comma 4
17	Piano sorveglianza molluschi bivalvi	260.000,00	DCSISPS	Linea prevenzione
18	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del SSR (€ 2.016.285 comparto; €692.630 dirigenza; € 381.000 personale 118 + 50.000 stima oneri riflessi 118)	3.139.916,00	A.A.S 3	Gestione risorse umane
19	Accordo integrativo regionale stralcio con i medici convenzionati	3.000.000,00	A.A.S 2	Accordo DGR 1635/2014
20	Progetto "Piccole produzioni locali"	100.000,00	A.A.S 4	Linea prevenzione (Dgr 2271/2012)
21	Ricerca finalizzata	1.000.000,00	DCSISPS	LR. 17/2014 art. 15 comma2 lettera b)
23	Prevenzione, trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo	60.000,00	A.A.S. 2	L.R.1/2014

24	Piano della formazione e della comunicazione	500.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
25	Progetto Città Sane	60.000,00	A.A.S 4	Linea prevenzione
26	Progetto odontoiatria sociale	1.000.000,00	A.O.U TS	Linea prevenzione
27	Quota di riserva	40.000.000,00	Enti SSR	Attività Enti SSR
<b>Totale sovraziendali 2015</b>		<b>77.359.006,00</b>		



## 5. GLI INVESTIMENTI

La destinazione delle risorse in conto capitale che saranno eventualmente stanziare per l'anno 2015 ai capitoli 4398 e 4399 (investimenti in sanità) sarà definita successivamente sulla base delle proposte presentate dalle Aziende, che dovranno essere orientate su interventi di investimento che riguardino prioritariamente:

- le grandi tecnologie, con particolare riferimento a quelle impiegate in oncologia
- l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche delle aree ad alta intensità di cura, emergenza-urgenza e sale operatorie
- la riorganizzazione dei centri di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle attività dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale)

Tali proposte dovranno essere corredate da una relazione sulla fattibilità, adeguata alla loro rilevanza, riportando tutti gli elementi utili ad effettuare scelte programmatiche consapevoli. In particolare, dovranno essere indicati i seguenti elementi:

- finalità clinico assistenziali degli interventi o delle acquisizioni tecnologiche;
- valutazioni di possibili alternative con evidenza della convenienza della scelta proposta in termini di costi/benefici;
- stima dei costi comprensiva delle motivazioni e dei criteri usati per la determinazione;
- valutazione dell'impatto sul bilancio aziendale (anche di parte corrente) per l'intero "ciclo di vita" dell'intervento proposto (costi emergenti e cessanti);
- dimensione dell'investimento completo chiavi in mano;
- prospetto dettagliato relativo alla copertura finanziaria prevista nel rispetto delle normative in vigore.

Per l'esercizio 2015 è prevista una quota pari a 15.010.000,00 euro al capitolo 4354 per dare copertura nel corso dell'anno a:

- canoni di leasing derivanti dalle acquisizioni già effettuate fino al 2008 in attuazione dei programmi per gli anni 2006, 2007 e 2008;
- quote di ammortamento derivanti dagli acquisti già effettuati mediante liquidità di cassa o avviati alla data del 31.12.2008, in attuazione dei programmi per gli anni 2006, 2007 e 2008;
- quote relative ad altri interventi d'investimento in attuazione ad atti di programmazione regionale già approvati (es. PACS), realizzati mediante strumenti finanziari quali la locazione finanziaria e la finanza di progetto.

In corso di assestamento di bilancio 2015 verranno previste ulteriori risorse finalizzate a:

- la sicurezza delle apparecchiature e dei dispositivi per la terapia intensiva
- l'ammodernamento del parco auto per l'emergenza
- la realizzazione di strutture per collocare i CAP (centri per l'assistenza primaria)

Entro il 30 giugno 2015, le aziende presenteranno in tal senso un piano operativo alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, secondo indirizzi che verranno successivamente indicati.

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli investimenti sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SISR. Inoltre, per il PACS, la quota parte delle risorse iscritte nel bilancio regionale al capitolo 4354 danno copertura finanziaria alle acquisizioni delle componenti del sistema, per il tramite dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (in continuità con le funzioni svolte dal Dipartimento Servizi Condivisi - art. 7 comma 11 L.R. 17/2014), per le quali prosegue l'estensione per la copertura dei servizi non interessati dalla prima fase di implementazione del sistema PACS (radiologia, medicina nucleare ed ecocardiografia), sulla base di un programma definito dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, per moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici.

Per le acquisizioni di beni mobili e tecnologie inserite nei piani aziendali dell'anno 2015, secondo quanto previsto all'art. 15 comma 4 quater della L.R. n. 37/1995, vengono applicate le seguenti indicazioni: per procedere alle acquisizioni di beni tecnologici (apparecchiature sanitarie, informatiche e di telecomunicazione) e di

aggiornamenti delle tecnologie in dotazione di valore superiore a 100.000 euro (singolarmente, per gruppi omogenei o per attrezzaggi di strutture), indipendentemente dalla modalità di finanziamento (acquisto diretto, noleggio, service, ecc.), gli Enti del Servizio Sanitario Regionale dovranno acquisire obbligatoriamente un preventivo parere del Nucleo di Valutazione degli Investimenti Sanitari e Sociali (ex art. 48 L.R.21/2013).

Nel 2015, relativamente al patrimonio, le Aziende dovranno acquisire il parere della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, per la sottoscrizione degli impegni con soggetti terzi.

## 6. LE REGOLE GESTIONALI

### 6.1 Vincoli operativi

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, le Aziende potranno in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei seguenti vincoli:

- Per la *Farmaceutica ospedaliera*; le aziende non in linea con gli standard NISAN (IRCCS Burlo Garofolo, AAS2, AAS3, AAS4 e AAS5), dovranno ridurre la farmaceutica ospedaliera del 2% rispetto al costo 2014. Per la Farmaceutica territoriale dovrà essere rispettato il valore indicato come criterio di costruzione del finanziamento.
- Per i *Dispositivi medici*, le aziende non in linea con gli standard NISAN (IRCCS Burlo Garofolo e CRO, AAS3 e AOUUD) dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2014 (proiezione annuale dei primi 9 mesi presente nel III rendiconto).
- Il numero di *prestazioni ambulatoriali* per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.
- Il *tasso di ospedalizzazione* di ogni Azienda non deve superare il 140 per mille.
- *Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche* dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2014; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
- *La completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i.*, art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi.

### 6.2 Azioni operative

Nell'ambito delle misure di governo del sistema, nel corso del 2015 verrà rivisto il sistema tariffario regionale attualmente in vigore per la valorizzazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. In particolare verranno rideterminate le tariffe del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale in attuazione dell'art. 15 comma 15 del DL 95/2012 e visto il DM 18/10/2012 con cui vengono determinate le tariffe nazionali anche al fine di favorire specifiche intese e accordi di politica tariffaria con le Regioni vicine. Alcune prestazioni del tariffario della specialistica ambulatoriale verranno inserite anticipatamente, al fine di produrre effetti fin dai primi mesi dell'anno.

Inoltre, vengono adottate alcune specifiche ed integrazioni dell'Accordo 2014-2016 con gli erogatori privati accreditati (DGR n. 27 del 10 gennaio 2014), finalizzate ad utilizzare alcune quote di fondi, allora assegnati per area vasta, e quelli relativi alla legge regionale n. 7/2009 sulle liste d'attesa.

### 6.3 Regole di gestione

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi, con l'avvertenza che, relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia provvederà ad inoltrare alle Aziende un apposito documento tecnico per consentire l'elaborazione in tempo utile dei documenti.

### **6.3.1 Mobilità intra-regionale**

Per l'esercizio 2015, i dati delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di farmaceutica territoriale diretta, erogate a favore dei cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni. La compensazione della mobilità avverrà a livello centralizzato; per la redazione del bilancio preventivo la Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia invierà con la nota metodologica le relative matrici di mobilità.

Dal 2015, in particolare, viene attivata la mobilità intra-regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta la cui spesa sarà posta interamente a carico delle Aziende per l'assistenza sanitaria di residenza del paziente (per i pazienti extra-regione la compensazione continua con le modalità già in essere).

Ai fini della rilevazione dei dati, in attesa del collaudo del nuovo sistema Siasa - File F, viene utilizzato il flusso NSIS della distribuzione diretta (D.M. 31 luglio 2007). In fase di prima applicazione, tenuto conto delle stime sui setting di utilizzo secondo cui circa l'80% della spesa è ascrivibile ad una diretta territoriale, nelle matrici di mobilità intra-regionale 2015 sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata nel 2014 di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).

La spesa per medicinali per i quali non è rilevato il codice fiscale non sarà oggetto di mobilità e, pertanto, rimarrà in carico all'Ente erogante, ad eccezione di quei farmaci per i quali la normativa sulla tutela dei dati sensibili prevede l'anonimizzazione (es. farmaci anti-HIV) e per i quali saranno fornite indicazioni per la rilevazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria di residenza, con la conseguente corretta attribuzione dei costi.

### **6.3.2 Mobilità extra-regionale**

In ottemperanza a quanto disposto dal Dlgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento.

### **6.3.3 Mobilità internazionale**

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 18 del Dlgs 502/1992 è prevista l'imputazione diretta sul bilancio regionale delle prestazioni erogate a partire dal 1.1.2007 in mobilità internazionale. Sono tuttora in corso di svolgimento i lavori del tavolo inter-istituzionale Stato - Regioni per la trattazione delle relative problematiche sia con riferimento all'individuazione dei saldi di mobilità sanitaria sia delle procedure da adottare per i relativi conguagli. Nelle more della definizione delle problematiche relative, le Aziende proseguono con il lavoro già avviato e con la gestione e l'implementazione del sistema "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" - ASPE.

Laddove sarà possibile, le AAS di confine con gli Stati membri della Comunità Europea svilupperanno, con il coordinamento regionale, una collaborazione paritetica con gli Stati confinanti per favorire percorsi assistenziali per i propri cittadini.

### **6.3.4 Gestione di attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. spese sovra-aziendali)**

La tipologia delle spese sovra-aziendali ricalca sostanzialmente quella degli esercizi precedenti, le singole attività che continuano ad essere oggetto di uno specifico finanziamento sono elencate nella tabella 2 del capitolo relativo alle Risorse Economiche.

Ulteriori attività potranno essere individuate e quantificate con successivi provvedimenti della Giunta Regionale che individuerà l'azienda ente gestore di ciascun intervento e le modalità di gestione.

### **6.3.5. Gestione delle risorse umane**

La gestione delle risorse umane per l'anno 2015 è caratterizzata e influenzata principalmente dal riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale conseguente all'applicazione della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014. Anche la manovra del personale dovrà quindi trovare la necessaria integrazione con il nuovo contesto che delineato dalla riforma e con il nuovo assetto dei servizi ospedalieri e distrettuali del Servizio Sanitario Regionale. In questa prima fase, le regole per la gestione delle risorse umane nel 2015 proseguiranno sulla scorta di quanto stabilito nel 2014, con la finalità di accompagnare la graduale applicazione dei contenuti del precitato progetto di riforma.

Nel 2015 non verranno, pertanto, adottate ulteriori limitazioni di costo per l'assunzione di personale rispetto all'esercizio 2014. Permane quindi il limite del precedente esercizio con il quale era stato prescritto che il costo del personale dipendente non poteva superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

Nell'ambito di tale vincolo di gestione, le aziende sono svincolate da ogni autorizzazione preventiva per le assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato, per il personale del comparto dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e l'operatore socio sanitario del ruolo tecnico). Per tale personale si può derogare dal tetto dell'1%, per motivate esigenze assistenziali da autorizzare da parte della Regione.

Restano invece soggette ad autorizzazione preventiva, attraverso programmazione trimestrale:

- a. l'acquisizione a tempo determinato e a tempo indeterminato del personale del comparto del ruolo amministrativo, del ruolo tecnico (esclusi gli OSS) e del ruolo professionale;
- b. l'acquisizione a tempo determinato e a tempo indeterminato del personale della dirigenza;
- c. la copertura degli incarichi dirigenziali relativi alle Strutture complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali.

Anche nel 2015, il ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive, ai sensi della legge n. 1/2002, dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005, deve essere mantenuto nel limite del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012. È necessaria una specifica autorizzazione della Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia sia in caso di utilizzo di tale strumento contrattuale che in caso di necessità di superamento di tale limite del 50%.

Per quanto riguarda le modalità e i criteri di assegnazione delle risorse aggiuntive regionali (RAR), che dovranno essere coerenti con gli obiettivi strategici regionali, queste verranno definite successivamente con appositi accordi regionali con le OO.SS di riferimento, con particolare riferimento alle riorganizzazioni conseguenti al processo di riforma del Servizio Sanitario Regionale.

Nel corso del 2015 saranno rivisti i contenuti della DGR n. 700 e n. 702 di data 29.03.2007 recanti rispettivamente le Linee generali di indirizzo sulle materie previste dall'art. 9 CCNL 3.11.2005 per l'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo e per l'area della dirigenza medica e veterinaria; analogamente saranno, altresì, rivisti, i contenuti della DGR n. 3320 del 12.12.2005 riguardante le linee di indirizzo per la contrattazione integrativa ai sensi dell'articolo 7 CCNL 19.04.2004 per l'area del comparto.

Circa le procedure di esternalizzazioni di servizi, di qualsiasi tipologia e indipendentemente dal valore economico, si richiama la norma generale della preventiva valutazione di costo-efficienza della esternalizzazione e della conseguente modifica della dotazione organica dell'azienda, in attuazione delle previsioni di cui all'art. 6bis del decreto legislativo 165/01 e s.i.m. Tale valutazione deve, ai sensi della predetta norma, trovare evidenza nei verbali dei Collegi sindacali delle Aziende interessate.

Si richiama, da ultimo, la completa e puntuale applicazione di cui all'art. 4, comma 7 quinquies del D.L. 13.9.2012, n. 158.

### **6.3.6. Formazione**

Riguardo alla formazione si forniscono indicazioni sui seguenti temi:

- il sistema regionale per la formazione continua e l'ECM
- le priorità regionali
- indicazione per i provider pubblici del SSR
- Indicazioni per tutti i provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM

#### Il sistema regionale per la formazione continua e l'ECM

Nel 2014 la Regione Friuli Venezia Giulia ha dato completa attuazione agli accordi Stato – Regioni in tema di formazione continua ed ECM procedendo a riordinare, semplificare e sistematizzare il sistema regionale, mediante i seguenti provvedimenti:

- a) l'adozione delle *Linee guida per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia* e dei relativi *Manuale per l'accreditamento degli eventi* e *Manuale per l'accreditamento dei provider*;
- b) *l'accreditamento dei provider* con il passaggio della funzione di validazione degli eventi dalla Commissione Regionale ECM ai provider autorizzati;
- c) l'istituzione della Consulta regionale, dell'Osservatorio per la qualità, del Comitato di garanzia e della Conferenza dei responsabili della formazione quali organi di supporto, unitamente alla Commissione Regionale ECM, del sistema di Formazione.

Nel 2015 la Regione proseguirà il consolidamento e lo sviluppo del sistema regionale di formazione continua ed ECM mediante il supporto ai provider autorizzati, il consolidamento dell'attività degli organismi istituiti (Consulta, Comitato di garanzia, Osservatorio) ed, in particolare, l'implementazione delle funzioni dell'Osservatorio regionale per la qualità della formazione in relazione alla necessità di assicurare l'eccellenza della formazione erogata.

#### Le priorità regionali

Premesso che la Legge regionale n. 17 del 16.10.2014, riordinando il sistema sanitario regionale, all'art 45 *Formazione del personale*, "riconosce e promuove la formazione del personale quale strumento fondamentale per mantenere elevati e crescenti livelli di qualità nell'erogazione di prestazioni dei servizi sanitari e socio sanitari a tutela della salute pubblica" e impegna la Regione a promuovere e sostenere iniziative formative finalizzate a:

- realizzare programmi di umanizzazione delle cure;
- valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;
- favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;
- sostenere, altresì, le attività di formazione dei medici di medicina generale per il corso triennale di formazione specifica e quelle dedicate ai farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio ed inerenti alle attività di farmacia dei servizi, la Regione, per l'anno 2015, fissa le seguenti priorità:

1. priorità presidiate direttamente dalla Regione mediante corsi centralizzati o indicazioni fornite agli enti del SSR in merito ai seguenti temi:

- a. *Riforma del Servizio Sanitario Regionale*, in particolare iniziative a sostegno e valorizzazione del percorso di riforma

- b. *Emergenza-urgenza*, in particolare in tema di: triage, dispatch, traumi, emergenze cardiologiche e ictus e di attivazione di un Centro regionale di simulazione per l'addestramento in contesti di emergenza urgenza
- c. *Reti di patologia* (insufficienza d'organo e trapianti), in particolare con priorità 1 per rene, fegato, cuore e con priorità 2 per pancreas e polmone;
- d. *Screening oncologici*: iniziative di formazione a sostegno della qualità dei piani di prevenzione;
- e. *Formazione manageriale* finalizzata a valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, amministrativa e professionale;
- f. *Lean management*;
- g. *Sviluppo delle competenze* dei quadri intermedi;
- h. *Trasparenza ed anticorruzione*;
- i. *Formazione formatori* e formazione relativa all'avvio dell'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione;

2. priorità, proposte per i PFA e riferibili alle attività pianificate in relazione ai fabbisogni delle singole aziende, in merito ai seguenti temi:

- a. Umanizzazione delle cure;
- b. Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. n. 81 2008);
- c. Sicurezza del paziente (*risk management*);
- d. Cure palliative e terapia del dolore (L. n. 38/2010);
- e. Integrazione ospedale/territorio e sviluppo PDTA;
- f. Gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluri-patologico;
- g. Promozione corretti stili di vita;
- h. Adozione di linee guida EBM ed EBN sull'evidenza dei sistemi e dei processi clinico assistenziali;
- i. Cultura del lavoro in team multi-professionale e adozioni di modelli di lavoro in rete;
- j. Valorizzazione e motivazione delle risorse umane.

Le attività formative nell'ambito del SSR tengono conto delle priorità indicate e sono attuate mediante percorsi formativi realizzati:

- a. direttamente dalla Regione, per il tramite dei provider regionali, secondo accordi da stabilirsi di volta in volta. L'offerta formativa sarà indicata in un Piano regionale (PRF) che potrà essere aggiornato in corso d'anno, previa comunicazione agli enti interessati;
- b. dai providers regionali del SSR, secondo le indicazioni vincolanti in termini di priorità, obiettivi, tempi, contenuti e destinatari forniti direttamente dalla Regione;
- c. dai providers regionali, senza vincoli da parte della Regione, in relazione ai fabbisogni formativi specifici di ciascun ente.

#### Indicazioni per i providers pubblici del SSR

Al fine di garantire uniformità per gli *aspetti normativi e procedurali* relativi alle attività di formazione continua realizzate nell'ambito del SSR, entro il 31.12.2015, gli enti del SSR provvedono ad allineare:

- a. i Regolamenti aziendali sulla formazione continua e sulle modalità di sponsorizzazione individuale di eventi formativi;
- b. le procedure di raccolta del fabbisogno formativo, di redazione del Piano aziendale della formazione (PFA) e della Relazione annuale;
- c. i sistemi di gestione della qualità.

Al fine di avviare un percorso finalizzato a rendere condivisi i contenuti dell'offerta formativa relativa alle competenze trasversali in particolare in tema di sicurezza ed emergenza, gli Enti del Servizio sanitario regionale, entro il 31.12.2015 provvedono ad armonizzare, coordinati dalla Direzione centrale, i rispettivi programmi formativi rendendo omogenea l'offerta formativa di area per quanto riguarda: contenuti, orari, requisiti e albo docenti, metodologie didattiche, materiali didattici, test di apprendimento e ogni elemento previsto dal sistema di accreditamento regionale per le seguenti aree/temi di formazione:

- a. Sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro. (Servizi di prevenzione, protezione e sorveglianza sanitaria e Servizi formazione di ciascun ente);
- b. Emergenza di base, in particolare i corsi BLS-D sanitari e laici, base e *retraining* e PBLSD sanitari e laici, base e *retraining*. (Referente regionale per l'Emergenza, Referente regionale C.O. 118; Direttori Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e Servizi formazione di ciascun ente);
- c. Tutela dei dati personali. (Referente per la tutela dei dati personali e Servizi formazione di ciascun ente).

Al fine di avviare un percorso finalizzato a valorizzare percorsi formativi di eccellenza e fornire indicazioni metodologiche omogenee la Regione, nell'ambito delle attività previste per l'Osservatori regionale sulla qualità della formazione, avvia percorsi di relativi all'acquisizione di competenze nell'ambito della progettazione formativa, della produzione di criteri di buona qualità e delle modalità di verifica degli esiti della formazione erogata.

#### Indicazioni per tutti i provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM

I provider regionali provvedono, tendo conto del format predisposto dalla Direzione centrale, alle stesura del Piano formativo entro il 31 gennaio 2015 ed alla redazione della Relazione annuale, entro il 31 maggio 2015 e provvedono, altresì, entro la scadenza dell'accreditamento con riserva all'adeguamento dei requisiti in relazione a quanto previsto dal Manuale per l'accreditamento dei providers, tempo per tempo vigente.



## ALLEGATO A – INDICATORI

Oltre a quanto sopra definito saranno usati come criteri di valutazione dell'attività delle aziende e di performance complessiva del sistema anche alcuni degli indicatori presenti nella tabella nazionale di erogazione dei LEA, nel Programma PNE e in altri programmi di valutazione internazionali.

È dato mandato alla DCSISPSF di individuare i valori specifici da attribuire alle singole aziende del sistema per gli indicatori individuati.

### C1) INDICATORI

N.	Definizione	Standard Obiettivo
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	≥ 95%
1.a	Difterite-tetano	≥95%
1.b	Antipolio	≥ 95%
1.c	Antiepatite B	≥95%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98%
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥ 98% del 20% degli allevamenti
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥ 98% del 10% dei capi
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥ 98% del 3% delle aziende

12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%
14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤ 115
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI con PAI	≥ 4%
16	ASSISTENZA PRESSO RSA: numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani > 65 anni residenti non autosufficienti	
16	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6
18	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1
19	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤11,35 % (valore regionale)
20	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5
21	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10
22	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140
24	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%

25	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza un regime ordinario	$\leq 0,32$
26	Percentuale parti cesarei	$< 20\%$
27	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	$> 70\%$
28	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$\leq 8'$ urbani $\leq 20'$ extraurbani

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE