



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

**LINEE PER LA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
ANNO 2014**

## LINEE PER LA GESTIONE 2014

### Indice

1. Lo scenario	pag. 3
2. Il processo di programmazione	pag. 4
3. Le risorse finanziarie, gli investimenti e le regole gestionali	pag. 5
3.1 Le risorse finanziarie e la loro suddivisione tra gli enti del SSR	pag. 5
3.2 Il programma degli investimenti	pag. 9
3.3 Le regole gestionali	pag. 11
4. Le progettualità annuali	pag. 15
4.1 L'attuazione delle scelte strategiche regionali	pag. 15
4.2 L'erogazione dei livelli di assistenza	pag. 19
4.3 La programmazione degli interventi socio-sanitari	pag. 19
4.4 Lo sviluppo dell'assistenza primaria	pag. 20
ALLEGATI:	pag. 24
ALLEGATO A - Indicazioni per la programmazione degli interventi socio sanitari	pag. 25
ALLEGATO B - Tabelle relative alle attività sovrazionali	pag. 35
Tabella A - Sovrazionali storicizzate nel finanziamento indistinto 2014	
Tabella B - Finanziamento 2014 per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	pag.37
ALLEGATO C – INDICATORI	pag. 39
C1) Indicatori di erogazione LEA	
C2) Indicatori per medicinali a brevetto scaduto	pag. 42

## 1. LO SCENARIO

La gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 è caratterizzata e influenzata principalmente dai seguenti elementi:

a) Consistente riduzione del finanziamento del SSR

b) Presenza 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"

Tali norme prevedono tra l'altro:

- attuazione da parte della Regione di specifici interventi quali la riduzione dei posti letto ospedalieri al 3,7 per 1000 abitanti;
- rideterminazione delle tariffe;
- riduzione o mantenimento di alcune specifiche voci di spesa (farmaci, acquisto di beni e servizi, personale).

Nel 2014, inoltre, scadranno 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.

Infine, l'anno 2014 verrà utilizzato per completare l'iter legislativo avviato con la Legge regionale n. 17 del 11-11-2013, che definirà il nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del Servizio Sanitario Regionale.

A fronte di questa situazione, per il 2014 le **scelte strategiche regionali** sono orientate a:

- 1) Applicare un nuovo criterio per il riparto del finanziamento fra gli enti del SSR impostato su criteri standard su base di popolazione pesata, con indicazioni specifiche per alcuni fattori produttivi, che consenta di avviare un riequilibrio nel riparto delle risorse all'interno del Servizio Sanitario Regionale;
- 2) Mettere in campo azioni regionali che favoriscano il contenimento dei costi;
- 3) Confermare nell'area vasta, il luogo dove:
  - definire una programmazione comune delle attività annuali;
  - distribuire le risorse assegnate fra le aziende dell'area vasta;
  - sviluppare percorsi assistenziali integrati;
  - attuare nuovi modelli organizzativi e gestionali con il fine di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche;
  - mettere in atto alcune azioni strutturali che siano in linea con gli standard previsti dal "decreto Balduzzi" sia a livello ospedaliero che dell'assistenza primaria;
- 4) Rafforzare il ruolo della Direzione Centrale Salute nella programmazione di sistema e nel coordinamento delle azioni delle Aziende;
- 5) Sviluppare il sistema informativo regionale con il doppio fine di rendere usufruibili le informazioni ai cittadini ed agli operatori e di poter contare su dati aziendali e regionali di sistema sui quali basare le successive azioni di programmazione degli interventi.

## **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 SSR per l'anno 2014, per permettere alle aziende sanitarie di predisporre i singoli Piani attuativi locali (PAL) e Piani attuativi ospedalieri (PAO).

**Gli aspetti formali e la tempistica del processo di programmazione 2014** sono i seguenti:

- Presentazione alla Conferenza permanente sanitaria sociosanitaria e sociale della proposta di Linee per la gestione 2014 da parte dell'Assessore regionale alla salute integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, per il parere previsto dall'art. 1, comma 7, lett. d) della LR 8/2001;
- Approvazione, da parte della Giunta Regionale, delle Linee per la gestione del SSR 2014;
- Predisposizione e invio alle Aziende, da parte della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione Centrale Salute), di apposite indicazioni metodologiche a supporto della redazione dei PAL/PAO. 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/PAO 2014 che deve essere condivisa a livello di Area Vasta; la Regione accompagnerà questo processo con la partecipazione della Direzione Centrale;
- Trasmissione della proposta di PAL/PAO alla Direzione Centrale Salute in tempo utile per la negoziazione che si terrà in data fissata dalla Direzione stessa;
- 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 e ogni Area Vasta per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO delle Aziende;
- Approvazione del PAL/PAO 2014 da parte di ogni Azienda entro il 31.12.2013 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. Nel corso del primo semestre 2014 a livello di area vasta con il coordinamento della Direzione Centrale verrà completata la programmazione sanitaria;
- Successivamente la Direzione Centrale Salute adotterà e trasmetterà alla Giunta Regionale, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato.

Nelle more della predisposizione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale e del completamento dell'iter legislativo per la definizione del nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del SSR, nel PAL/PAO 2014 le Aziende non sono tenute alla presentazione del programma e bilancio preventivo triennale .

### **3. LE RISORSE FINANZIARIE, GLI INVESTIMENTI E LE REGOLE GESTIONALI**

#### **3.1 Le risorse finanziarie e la loro suddivisione tra gli enti del SSR**

Il contesto nel quale si attua il sistema di finanziamento dei servizi sanitari regionali è caratterizzato da due principali vincoli: la contrazione delle risorse disponibili e l'utilizzo di sistemi di finanziamento che raggiungano equità allocativa attraverso azioni tendenti alla standardizzazione ed oggettivazione dei parametri e dei processi di riferimento.

In generale, negli anni il dibattito sui finanziamenti dei sistemi sanitari regionali è diventato sempre più pressante, portando alla luce l'inadeguatezza delle attuali metodologie, incentrate sostanzialmente su base storica, mentre ora si stanno orientando più decisamente su logiche e parametri fondati su "costi standard". Questa metodologia pone obiettivi economici sui livelli essenziali di assistenza e quindi agisce sulle variabili di produzione e consumo, per un recupero e un riallocazione delle risorse, al fine di evitare una politica dei tagli lineari e avviare una politica di benchmark. Questa impostazione consente di porre in chiara evidenza le principali linee strategiche che impegneranno le Direzioni generali aziendali nella governance dei fattori di costo aziendale, soprattutto laddove i costi dei fattori stessi risultassero superiori ai criteri di finanziamento adottati o ai vincoli di costo indicati. In tale scenario, la ripartizione delle risorse del SSR avverrà quindi per ciascuna area vasta con criteri standard sulla base della popolazione pesata di riferimento.

Le risorse di parte corrente assegnate dalla Regione per l'anno 2014 sono pari ad euro 2.115.334.550,00. Da questo importo euro 30.000.000,00 sono stati destinati, fin da subito, ad investimenti in conto capitale in sanità, pertanto le risorse assegnate per la gestione di parte corrente ammontano ad euro 2.085.534.550,00, destinate alle seguenti finalità:

- euro 2.034.614.116,00 per finanziamento indistinto delle aziende del SSR per l'esercizio 2014, comprensivo del finanziamento a sostegno dell'integrazione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano nel SSR, tenuto conto della specificità degli stessi, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1 bis, della L.R. 10 agosto 2006, n. 14, e di euro 18.141.705,38 di attività che nel 2013 erano finanziate come sovra-aziendali e che dal corrente anno vengono storicizzate (vedi Allegato B - tabella A);
- euro 42.781.654,00 per il finanziamento delle attività sovra-aziendali 2014 (vedi Allegato B - tabella B);
- euro 1.138.780,00 per l'attività dell'IRCCS "Eugenio Medea";
- euro 7.000.000,00 per il successivo riequilibrio attraverso un processo di miglioramento dei criteri ed indicatori adottati e per altre eventuali finalità successivamente individuate.

Il successivo riparto dell'importo per finanziamento indistinto degli enti del SSR per ciascuna area vasta è quindi normalizzato secondo criteri standard pro-capite per dieci livelli di assistenza. Per ogni livello di assistenza è stato determinato uno standard di riferimento, identificato con approssimazione all'azienda che nel relativo livello presentava la migliore performance nell'anno 2012 o 2013. Quando questo non è risultato possibile, per mancanza di riferimenti nell'ambito regionale, per esempio per mancanza di informazioni economiche e di attività, sono stati utilizzati standard nazionali. Per tre livelli di assistenza, l'integrazione socio sanitaria, la medicina convenzionata e le strutture residenziali specifiche è stato riconosciuto il costo 2013, come da proiezione del secondo rendiconto 2013, con le conseguenti eventuali influenze di sovra o sotto stima che andranno compensate attraverso il meccanismo generale di finanziamento. In riferimento a queste ultime difficoltà sarà pertanto necessario definire nuovi flussi informatici adeguati per valutare l'attività e i costi sostenuti.

Per quanto riguarda la definizione del pro-capite è stata utilizzata la popolazione FVG da anagrafe 2012, pesata secondo i criteri stabiliti per la ripartizione del FSN 2012. Per il pro-capite del livello assistenziale della prevenzione è stata utilizzata la popolazione da anagrafe 2012 non pesata, mentre per l'assistenza domiciliare è stata utilizzata la popolazione ultra sessantacinquenne da anagrafe 2012 pesata.

Nell'ambito della quota di cui dall'art. 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. Viene indicata separatamente la quota destinata al finanziamento dell'attività del DSC, per le funzioni indicate nella tabella A, che verrà sommata al finanziamento che l'Area vasta udinese assegnerà all'Azienda Ospedaliero-universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine. Anche la quota pari a 29.109.523,00 euro viene infine indicata distintamente per ciascuna area vasta e corrisponde alle risorse aggiuntive regionali assegnate alle aziende, nelle more del perfezionamento del corrispondente accordo regionale relativo al loro utilizzo.

Infine la quota rimanente di finanziamento, risultante pari a 318.262.440,00 euro, non suddivisa con i criteri precedentemente indicati, è stata ripartita nelle tre aree vaste su base proporzionale alla differenza fra il finanziamento standardizzato sui dieci livelli di assistenza e quello del SSR per l'anno 2013.

La seguente tabella rappresenta la ripartizione del finanziamento come sopra descritto e riporta il costo pro-capite effettivo e il pro-capite standard riconosciuto.

	<b>AV Giuliano Isontina</b>	<b>AV Udinese</b>	<b>AV Pordenonese</b>	<b>Totale</b>
popolazione effettiva	379.774,00	540.756,00	315.791,00	1.236.321,00
popolazione pesata	432.883,00	584.046,00	324.100,00	1.341.029,00
popolazione pesata > 65	249.398,00	314.677,00	164.557,00	728.632,00

	<b>AV Giuliano Isontina</b>	<b>AV Udinese</b>	<b>AV Pordenonese</b>	<b>Totale regionale</b>
<b>Farmaceutica territoriale</b>	<b>67.096.865,00</b>	<b>90.527.130,00</b>	<b>50.235.500,00</b>	<b>207.859.495,00</b>
costo da proiezione 2013	169,33	162,29	168,44	166,05
costo riconosciuto	155,00	155,00	155,00	155,00
<b>AFIR</b>	<b>4.328.830,00</b>	<b>5.840.460,00</b>	<b>3.241.000,00</b>	<b>13.410.290,00</b>
costo da proiezione 2013	16,82	11,79	13,76	13,89
costo riconosciuto	10,00	10,00	10,00	10,00
<b>Protesica</b>	<b>6.493.245,00</b>	<b>8.760.690,00</b>	<b>4.861.500,00</b>	<b>20.115.435,00</b>
costo da proiezione 2013				
costo riconosciuto	15,00	15,00	15,00	15,00
<b>Specialistica</b>	<b>77.918.940,00</b>	<b>105.128.280,00</b>	<b>58.338.000,00</b>	<b>241.385.220,00</b>
costo da proiezione 2013	202,99	198,39	194,90	199,03
costo riconosciuto	180,00	180,00	180,00	180,00
<b>Ricovero</b>	<b>272.716.290,00</b>	<b>367.948.980,00</b>	<b>204.183.000,00</b>	<b>844.848.270,00</b>
costo da proiezione 2013	740,89	654,92	651,86	681,93
costo riconosciuto	630,00	630,00	630,00	630,00
<b>Prevenzione</b>	<b>30.738.908,00</b>	<b>43.768.791,00</b>	<b>25.560.124,00</b>	<b>100.067.823,00</b>
costo rapporto LEA 2009				80,94
costo riconosciuto	80,94	80,94	80,94	80,94
<b>ADI</b>	<b>8.310.333,00</b>	<b>10.485.528,00</b>	<b>5.483.311,00</b>	<b>24.279.172,00</b>
costo da proiezione 2013				
costo riconosciuto	33,32	33,32	33,32	33,32
<b>Integrazione Socio Sanitaria</b>	<b>5.602.039,00</b>	<b>8.978.921,00</b>	<b>5.542.823,00</b>	<b>20.123.783,00</b>
<b>Convenzionata</b>	<b>42.397.750,00</b>	<b>58.681.627,00</b>	<b>34.441.796,00</b>	<b>135.521.173,00</b>
<b>Strutture residenziali specifiche/handicap</b>	<b>18.909.486,00</b>	<b>21.273.000,00</b>	<b>11.578.623,00</b>	<b>51.761.109,00</b>
<b>Totale</b>	<b>534.512.686,00</b>	<b>721.393.407,00</b>	<b>403.465.677,00</b>	<b>1.659.371.770,00</b>

Finanziamento Ricerca IRCCS da art. 1bis L.R.14/2006	9.297.000,00		9.297.000,00	18.594.000,00
Quota RAR assegnata aziende	10.123.043,00	12.865.124,00	6.121.356,00	29.109.523,00

Quota riproporzionata	141.720.117,00	131.694.009,00	44.848.314,00	318.262.440,00
-----------------------	----------------	----------------	---------------	----------------

<b>Totale assegnato alle aziende a titolo indistinto</b>	<b>695.652.846,00</b>	<b>865.952.540,00</b>	<b>463.732.347,00</b>	<b>2.025.337.733,00</b>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------

Finanziamento attività Dipartimento Servizi Condivisi		9.276.383,00		9.276.383,00
---	--	--------------	--	--------------

<b>Totale finanziamento diretto 2014</b>	<b>695.652.846,00</b>	<b>875.228.923,00</b>	<b>463.732.347,00</b>	<b>2.034.614.116,00</b>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------

Fermo restando l'importo complessivo disponibile, la Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, d'intesa con l'Assessore, potrà disporre eventuali modifiche alla ripartizione sopra descritta qualora si renda necessario procedere a:

- revisione delle assegnazioni dovute a funzioni da trasferire fra Enti del SSR;
- modificazioni di assegnazioni conseguenti al percorso di negoziazione fra Aziende e DCSISPSF.

In tali ipotesi verrà data comunicazione e motivazione alla Giunta Regionale in sede di proposta di consolidamento dei bilanci aziendali.

Resta inteso che il finanziamento regionale a favore degli enti del SSR è quello risultante dal bilancio di previsione consolidato che sarà approvato con deliberazione di Giunta regionale. L'iscrizione di eventuali ulteriori importi a carico del bilancio regionale è consentita solo in presenza di atti formali della Giunta regionale ovvero, ove delegata, dalla DCSISPSF.

Resta inteso che, nel consolidamento degli atti della programmazione annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2014, di cui all'articolo 20 della citata L.R. n. 49/1996, l'ammontare delle risorse di cui alle presenti "Linee di gestione" dovrà essere riallineato, se diverso, all'ammontare delle risorse certe e disponibili che risulterà dalla legge finanziaria regionale per l'anno 2014.

### 3.2 Il programma degli investimenti

**Le risorse** disponibili sui capitoli 4398 e 4399 per l'esercizio 2013, a seguito degli incrementi disposti con la L.R. 26.07.2013, n. 6 "Assestamento del bilancio 2013 e del bilancio pluriennale per gli anni 2013-2015 ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale 21/2007", ammontano complessivamente a 18.228.285,00 euro. Con DGR n. 1996/2013 tali risorse sono state previste quale riserva da destinare alle Aziende per interventi edili-impiantistici o tecnologici, oggetto di ripartizione definitiva nell'ambito delle variazioni al 31.12.2013 del Piano degli investimenti dell'anno 2013 o nella definizione del piano degli investimenti 2014, da approvarsi in sede di programmazione annuale 2014 del Servizio sanitario regionale.

Le risorse in conto capitale previste per l'anno 2014 al capitolo 4398 e 4399 (investimenti in sanità) ammontano rispettivamente pari a 10.000.000,00 euro e 20.000.000,00 euro la cui destinazione sarà definita successivamente.

Per l'esercizio 2014 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.

**Gli investimenti di rilievo regionale** il cui iter progettuale o realizzativo è già stato autorizzato con provvedimenti precedenti proseguono regolarmente.

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 del Dipartimento Servizi Condivisi, per le quali si prevede 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 DCSISPSF e per moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici.

**Gli investimenti di rilievo aziendale** sono assicurati con le risorse disponibili sui capitoli 4398 e 4399 per l'esercizio 2013, pari a 18.228.285,00 euro, destinate alle Aziende secondo il riparto evidenziato nella tabella sotto riportata (colonne a e b). Tale finanziamento è destinato ad interventi edili-impiantistici o tecnologici da definirsi nell'ambito delle variazioni al 31.12.2013 del Piano degli investimenti dell'anno 2013 e/o Piano degli investimenti per l'anno 2014 (da approvarsi con specifici atti e/o in sede di programmazione annuale 2014 del Servizio sanitario regionale). A tali finanziamenti si sommeranno, per le medesime finalità, le risorse derivanti dalla riprogrammazione dei finanziamenti degli anni 2011 e precedenti prevista dalla Legge Regionale n. 27 del 2012 e delle quali si evidenzia una prima stima previsionale nella colonna C della stessa tabella.

<b>Azienda</b>	<b>Cap. 4399 (a)</b>	<b>Cap. 4398 (b)</b>	<b>Totale (a)+(b)</b>	<b>LR 27/2012 (c)</b>	<b>Totale (a)+(b)+(c)</b>
ASS 1	386.246	887.313	<b>1.273.559</b>		<b>1.273.559</b>
ASS 2	623.049	1.431.315	<b>2.054.364</b>	769.643	<b>2.824.007</b>
ASS 3	255.643	587.282	<b>842.925</b>		<b>842.925</b>
ASS 4	299.246	687.451	<b>986.697</b>	1.858.621	<b>2.845.318</b>
ASS 5	462.955	1.063.536	<b>1.526.491</b>	309.962	<b>1.836.453</b>
ASS 6	340.001	781.075	<b>1.121.076</b>	175.035	<b>1.296.111</b>
AO PN	947.820	2.177.404	<b>3.125.224</b>		<b>3.125.224</b>
AOU TS	1.285.688	2.953.580	<b>4.239.268</b>	360.000	<b>4.599.268</b>
AOU UD	38.415	88.249	<b>126.664</b>	5.400.165	<b>5.526.829</b>
IRCCSBURLO	171.067	392.989	<b>564.056</b>		<b>564.056</b>
IRCCSCRO	718.158	1.649.807	<b>2.367.965</b>		<b>2.367.965</b>
<b>TOTALE</b>	<b>5.528.285</b>	<b>12.700.000</b>	<b>18.228.289</b>	<b>8.873.426</b>	<b>27.101.715</b>

**I contenuti e le modalità di presentazione delle proposte di piano** saranno esplicitate nelle indicazioni fornite dalla DCSISPSF. 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.

In relazione al **patrimonio**, nel 2014 è previsto quanto segue:

- per la sottoscrizione degli impegni con soggetti terzi, le Aziende dovranno acquisire il parere della DCSISPSF;
- ricognizione del valore e dello stato tecnico manutentivo dei beni immobili e delle tecnologie di proprietà, secondo modalità che saranno esplicitate nelle indicazioni fornite dalla DCSISPSF;
- ricognizione degli immobili per i quali l'Azienda riconosce canoni di affitto e loro dimensionamento.

### 3.3 Le regole gestionali

#### 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:

- **La Farmaceutica ospedaliera** deve essere ridotta del 4% rispetto al costo 2013 (proiezione annuale dei primi 9 mesi), mentre la territoriale deve rispettare il valore indicato come criterio di costruzione del finanziamento.
- **I Dispositivi medici** devono avere costi allineati agli standard di settore e non possono superare il valore del 2012 abbattuto del 10%; a tal fine le Aziende adottano misure volte alla razionalizzazione nel loro utilizzo, anche attraverso azioni di benchmark.
- 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 Area Vasta non deve superare il 140 per mille.
- Nelle more della sottoscrizione del nuovo accordo con gli **erogatori privati**, il budget destinato a ciascuna Area Vasta è determinato sulla base della spesa consuntivata per l'anno 2011, ridotta dell'2%; un tanto in applicazione dell'art. 15, comma 4, del DL 6 luglio 2012, n. 95.
- Il costo del **Personale dipendente** non può superare quello dell'esercizio consuntivo 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo. 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 ridotto almeno del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012.
- **Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche** dovranno avere costi massimi dell'80% di quelli sostenuti nell'anno 2012; 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.

#### AZIONI OPERATIVE

Nell'ambito delle misure di governo del sistema verranno attivate le seguenti azioni:

- **Tariffe** > Il sistema tariffario regionale per l'anno 2014 si fonda sugli atti attualmente in vigore per la valorizzazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale. Nel corso del 2014 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 rivalutate anticipatamente, al fine di produrre effetti fin dai primi mesi dell'anno.

- **Mobilità extraregionale** > Nel corso del 2014 verrà sviluppato un accordo con il Veneto per regolare la mobilità sanitaria tra le due regioni.
- **Erogatori privati** > L'accordo tra la Regione e le associazioni rappresentative del Friuli Venezia Giulia, approvato con DGR n. 2051/2010, è scaduto ed è stato prorogato con DGR 2271/2012 fino alla sottoscrizione, che avverrà nel 2014, del nuovo accordo valevole almeno per il periodo 2014– 2015, che dovrà tenere conto anche di quanto previsto dal decreto Balduzzi.

## 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 DCSISSPSF provvederà ad inoltrare alle Aziende un apposito documento tecnico per consentire l'elaborazione in tempo utile dei documenti.

### **Mobilità regionale**

Per l'esercizio 2014 i dati delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate sia a favore di cittadini residenti nell'Area Vasta che a favore di cittadini non residenti nell'Area Vasta costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni a consuntivo. Detta metodologia sarà oggetto di verifica nel corso del primo semestre del 2014. Le regole in vigore, per l'inserimento delle prestazioni nei sistemi informativi, sono confermate.

### **Mobilità extraregionale**

Le tabelle relative alla attrazione e fuga extraregionale, che verranno successivamente trasmesse alle Aziende, conterranno i valori da riportare nel bilancio preventivo. Le prestazioni di ricovero saranno valorizzate secondo la tariffa TUC sia in fuga che in attrazione, in analogia a quanto disposto nel 2012. Ai privati convenzionati verranno corrisposte, previo accordo con le categorie di rappresentanza, per la mobilità extraregionali valori tariffari a TUC.

### **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.

### **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, tuttavia nel 2014 il finanziamento di una parte di queste attività, riportate nella tabella A, è stato ricompreso nella quota indistinta delle aziende.

Le singole attività che continuano ad essere oggetto di uno specifico finanziamento sono elencate nella tabella B. 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.

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

Le assegnazioni all'Area Vasta Udinese e all'Area Vasta Giuliano Isontina sono comprensive della quota da attribuire all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine e all'Azienda Ospedaliero Universitaria 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. Anche per il 2014 si conferma, nelle more della revisione degli attuali protocolli d'intesa, la quota di 600.000 euro per ciascuna Azienda Ospedaliero Universitaria.

## **La gestione delle risorse umane**

Nel corso del 2014 i principi generali caratterizzanti la programmazione regionale sulla gestione delle risorse umane dovranno trovare la necessaria integrazione con il contesto normativo che si è venuto a delineare a partire dal DL n. 98/2011 convertito con L. n. 111/2011, dal DL n. 95/2012 convertito con L. n. 135/2012, dal DL 158/2012 convertito con L. n. 189/2012, e da ultimo dal DL n. 101/2013 convertito con L. n. 125/2013.

Ulteriori limiti derivanti dalla programmazione regionale sono, per quanto riguarda la manovra del personale, i seguenti:

Le aziende, nell'ambito del vincolo di gestione precedentemente indicato, procederanno nel corso dell'anno 2014 alle assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato, in misura massima del costo (limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo) del turn over delle cessazioni conosciute. In ciascun trimestre, pertanto, potrà essere programmata l'assunzione di personale secondo le predette regole, ma essa verrà successivamente realizzata solo a seguito di relativa autorizzazione regionale. Nella predisposizione di tale richiesta, la copertura del turn over dovrà tenere conto, prioritariamente, del programma di riorganizzazione previsto dal DL n. 95/2012 convertito con L. n. 135/2012, dai programmi di riorganizzazione gestionale per il personale tecnico-amministrativo e del rapporto assistenziale tendenzialmente di una figura di supporto OSS ogni 3 di personale infermieristico;

Resta ferma inoltre la necessità di richiedere l'autorizzazione regionale per la copertura degli incarichi dirigenziali relativi alle Strutture complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali;

Per lo svolgimento di progetti finanziati con fondi regionali le aziende non potranno fare ricorso a personale esterno, salvo specifica autorizzazione della regione stessa;

È necessaria una specifica autorizzazione della Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali e famiglia in caso di necessità di superamento del limite del 50% (riferito al costo per tali prestazioni nell'anno 2012) per l'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale del comparto ai sensi della legge n. 1/2002 e del personale della dirigenza ai sensi degli articoli 55 del CCNL 8.06.2000 e 18 del CCNL 3.11.2005.

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.

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.

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.

## **Erogazioni regionali**

Nelle more dell'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2014 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (in breve DCSISPSF) è autorizzata ad erogare mensilmente agli Enti che esercitano nella Regione le funzioni del Servizio sanitario regionale (in breve Enti del SSR), in via provvisoria e salvo conguaglio, l'importo complessivo di euro 169.629.402,00, ripartito tra gli stessi come di seguito indicato, e comunque in misura non superiore a quanto approvato per l'esercizio 2013 con DGR n. 1253/2013 e n. 1996/2013.

Nei limiti dell'erogazione complessiva mensile di euro 169.629.402,00 e dei totali assegnati mensilmente a ciascuna Area Vasta (AV), la DCSISPSF è autorizzata a suddividere le quote dei suddetti trasferimenti in base alle effettive necessità che gli Enti dovessero presentare nei primi mesi dell'anno 2014 ed alle eventuali diverse ripartizioni che dovessero essere concordate tra gli Enti all'interno di ciascuna AV, nel rispetto del limite massimo delle erogazioni mensili autorizzate per l'anno 2013 per ciascun Ente e fatto salvo il conguaglio delle somme

assegnate una volta adottato il provvedimento giuntale di approvazione del programma consolidato annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2014.

Trasferimenti provvisori indicativi a titolo indistinto agli Enti che compongono le Aree Vaste

All'interno di ciascuna AV, il finanziamento assegnato per il 2014 a titolo indistinto viene ripartito, in via indicativa provvisoria e salvo conguaglio, secondo le percentuali di concorrenza di ciascun Ente dell'AV alla determinazione della somma delle erogazioni annue per il 2013, come approvate con le surrichiamate DGR n. 1253/2013 e n. 1996/2013, verificato che gli importi così ottenuti per ciascun Ente per il 2014 non risultano superiori a quelli delle erogazioni 2013.

La DCSISPSF è autorizzata ad erogare mensilmente, in via provvisoria e salvo conguaglio, un dodicesimo del finanziamento 2014 così calcolato per ciascun Ente, con arrotondamento per difetto all'euro, come di seguito indicato.

ENTE	TOTALE EROGAZIONI ANNUE (DGR 1253/2013 E 1996/2013)	PERCENTUALE DI CONCORRENZA ALLA SOMMA DELLE EROGAZIONI ANNUE 2013 DELL'AREA VASTA	RIPARTO PERCENTUALE INDICATIVO DEL FINANZIAMENTO 2014	TRASFERIMENTI MENSILI PROVVISORI 2014
	COL 1	COL 2	COL 3	COL 4
ASS 1	228.466.810,00	31,79%	221.148.039,74	18.429.003,00
ASS 2	205.710.940,00	28,62%	199.095.844,53	16.591.320,00
AOU TS	231.898.422,00	32,26%	224.417.608,12	18.701.467,00
BURLO	52.651.880,00	7,33%	50.991.353,61	4.249.279,00
TOTALE AV GIULIANO – ISONTINA	718.728.052,00	100,00%	695.652.846,00	57.971.069,00
ASS 3	116.935.730,00	12,79%	110.755.329,86	9.229.610,00
ASS 4	330.680.252,00	36,17%	313.215.033,72	26.101.252,00
ASS 5	149.324.999,00	16,34%	141.496.645,04	11.791.387,00
AOU UD	317.172.133,00	34,70%	300.485.531,38	25.040.460,00
TOTALE AV UDINESE	914.113.114,00	100,00%	865.952.540,00	72.162.709,00
ASS 6	215.959.439,00	44,72%	207.381.105,58	17.281.758,00
AOPN	206.166.096,00	42,69%	197.967.338,93	16.497.278,00
CRO	60.765.489,00	12,59%	58.383.902,49	4.865.325,00
TOTALE AV PORDENONESE	482.891.024,00	100,00%	463.732.347,00	38.644.361,00
TOTALE ENTI DELLE AREE VASTE	2.115.732.190,00		2.025.337.733,00	168.778.139,00

Trasferimenti provvisori diretti al Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda ospedaliero-universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine

Nel 2014, a differenza di quanto previsto per il 2013, viene assegnato un finanziamento diretto annuo anche al Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda ospedaliero-universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine (in breve DSC). Si precisa che tale finanziamento diretto è previsto in conseguenza della storicizzazione all'interno del finanziamento diretto agli Enti del SSR di attività che nel 2013 erano finanziate come sovraziendali, come indicato in dettaglio nella Tabella A del presente documento. Tali attività corrispondono alle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione per l'esercizio 2013, approvate con DGR n. 1253/2013 e n. 1996/2013, identificate dai numeri 1, 5, 8, 10, 12 ed assegnate in tale esercizio al DSC quale Ente gestore delle stesse. Si precisa che l'importo assegnato quale finanziamento diretto al DSC per il 2014 nel presente documento non risulta superiore alla somma degli importi assegnati al DSC per tali attività con le surrichiamate delibere giuntali, come di seguito riportato.

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione - Anno 2013	Importo 2013 assegnato con DGR 1253/2013 e 1996/2013
1	Attività ex CSC	6.454.757,00
5	Screening mammografico	2.900.000,00
8	Oneri personale per attività centralizzate nelle aree tecnologiche	281.348,00
10	Screening colon retto	1.800.000,00
12	Finanziamento per spese predisposizione materiale informativo per programma "emergenza caldo"	25.000,00
	Totale	11.461.105,00

La DCSISPSF è autorizzata ad erogare mensilmente, in via provvisoria e salvo conguaglio, un dodicesimo dell'importo assegnato al DSC quale finanziamento diretto annuo per il 2014, con arrotondamento per difetto all'euro, come di seguito quantificato.

ENTE	ASSEGNAZIONE FINANZIAMENTO DIRETTO 2014	TRASFERIMENTI MENSILI PROVVISORI 2014
	COL. 1	COL. 2 = COL. 1/12
AOU UD - DSC	9.276.383,00	773.031,00

Trasferimenti provvisori all'IRCCS "E. Medea – La nostra famiglia"

Verificato che il finanziamento assegnato con il presente documento all'IRCCS "E. Medea – La nostra famiglia" per il 2014 non risulta superiore a quanto assegnato allo stesso Ente per il 2013 con DGR n. 1253/2013 e n. 1996/2013, la DCSISPSF è autorizzata ad erogare mensilmente all'IRCCS "E. Medea – La nostra famiglia", in via provvisoria e salvo conguaglio, un dodicesimo dell'importo assegnato per il 2014 allo stesso Ente, con arrotondamento per difetto all'euro, come di seguito riportato.

ENTE	TOTALE EROGAZIONE ANNUA 2013 (DGR 1253/2013 E 1996/2013)	FINANZIAMENTO 2014	TRASFERIMENTO MENSILE PROVVISORIO 2014
	COL. 1	COL. 2	COL. 3 = COL. 2/12
IRCCS Medea - La Nostra Famiglia	1.174.000,00	1.138.780,00	94.898,00

#### 4. LE PROGETTUALITÀ

Richiamate le scelte strategiche regionali indicate nel capitolo che descrive lo scenario e tenuto conto delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), la programmazione annuale 2014 degli Enti del SSR si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali.

##### 4.1 L'attuazione delle scelte strategiche regionali

L'attuazione delle scelte strategiche regionali sarà realizzata attraverso lo sviluppo di:

- Progetti di Area Vasta
- Progetti regionali di miglioramento gestionale

##### 4.1.1 Progetti di Area Vasta

Le Aree Vaste, oltre a definire una programmazione comune delle attività annuali socio-sanitarie in base alle indicazioni contenute nel capitolo 3.3 e a suddividere le risorse assegnate fra le aziende in base alle indicazioni contenute nel capitolo 3, devono sviluppare specifici progetti volti a:

- Creare percorsi clinico assistenziali per l'integrazione fra ospedale e assistenza primaria, rideterminando l'offerta dei servizi che più appropriatamente si dovranno organizzare a livello distrettuale;
- Realizzare un piano di formazione di area vasta;
- Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche (laboratori, CUP, radiologie, specialistica territoriale, ecc.);
- Considerando l'obiettivo regionale del numero di posti letto per acuti (3 per mille) e di riabilitazione (0,7 per mille) le direzioni generali dell'Area Vasta mettono in atto le azioni strutturali di riorganizzazione dell'offerta coerenti agli obiettivi fissati, nonché adottano i necessari provvedimenti per garantire la sicurezza dei pazienti nell'ambito dei vari setting assistenziali, ivi incluso il percorso nascita.

Nell'ambito della propria Area Vasta, le direzioni generali metteranno in atto le azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012, secondo i seguenti criteri di priorità:

- a. Eliminazione o riduzione dei doppioni assistenziali con il conseguente accorpamento strutturale e delle risorse (spazi, personale, tecnologie, ecc.);
- b. Ridimensionamento dell'organizzazione delle funzioni assistenziali eccedenti gli standard;
- c. Trasformazione dei posti letto per acuti in posti per riabilitazione, laddove gli standard lo richiedano, tenendo conto che le RSA svolgono già in parte la funzione riabilitativa;
- d. Rideterminazione quali-quantitativa delle dotazioni organiche.

#### **4.1.2 Progetti regionali di miglioramento gestionale**

##### **SISTEMA DEI CONTROLLI DELL'ATTIVITA' SANITARIA**

Le aziende dovranno garantire i controlli ordinari delle attività sanitarie erogate dai fornitori nella misura indicata dalla L. 6 agosto del 2008 n. 133, art. 79 1-septies e del D.M. 10 dicembre 2009, ivi comprese le prestazioni specialistiche erogate da soggetti privati convenzionati.

##### **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.

##### **AGGREGAZIONE DI FUNZIONI AMMINISTRATIVE PER AREA VASTA**

Le aziende sanitarie, nell'ambito dell'Area Vasta, dovranno individuare e realizzare entro l'anno, secondo le priorità e il contesto specifico, modelli gestionali tecnico-amministrativi che consentano di aumentare l'efficienza dei servizi amministrativi, mediante l'accorpamento di attività di uno specifico settore o, ancor meglio, riunendo tutte le attività di un intero settore amministrativo presso un'unica sede operativa per Area Vasta.

Resta inteso che la policy aziendale rimane in capo a ciascuna direzione generale, sebbene l'attività operativa di settore venga svolta, affidandola nell'operatività, da altra azienda dell'Area Vasta.

In questo contesto riorganizzativo si dovrà tener conto della valorizzazione delle competenze professionali specifiche (personale, affari generali e legali, formazione, gestione tecnologie e edifici, ecc.), sostenendo il processo con gli adeguati strumenti contrattuali.

Le aziende sanitarie dell'Area Vasta prevedranno nei rispettivi PAL/PAO aziendali le azioni da realizzare o avviare nel corso del corrente anno.

##### **AGGREGAZIONI DI FUNZIONI SANITARIE PER AREA VASTA**

Dovrà proseguire con più efficacia la realizzazione di sinergie organizzative nell'ambito della erogazione di servizi di offerta, armonizzandoli tra le diverse aziende, senza compromettere la qualità e la quantità dell'offerta stessa, bensì con l'obiettivo di rendere più efficiente il sistema. A tal scopo si dovrà perseguire almeno la realizzazione di :

- Laboratorio di patologia clinica di area vasta
- Anatomia patologica di area vasta
- Servizio di radiologia su h 24 su area vasta
- Farmacia ospedaliera e farmacia territoriale
- Ogni altro servizio ritenuto utile

## SISTEMA INFORMATIVO

Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:

- Sicurezza
- Privacy
- Sistemi di governo
- Ricetta elettronica

Nel 2014 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%
- Laboratorio e microbiologia > 80%
- Medicina trasfusionale > 80 %
- Anatomia patologica > 95 %
- Radiologia > 80%

Per quanto riguarda le funzioni in grado di facilitare il **rapporto con i cittadini**, nel corso dell'anno 2014 si procederà a:

- a. Adeguare il sistema degli accessi con implementazione e sviluppo delle funzioni di comunicazione fra il cittadino e le strutture aziendali per:
  - a. Attività di prenotazione
  - b. Accesso ai propri referti
  - c. Rappresentazione dei tempi di attesa
- b. Aggiornare i siti aziendali con:
  - a. Adeguamento alle norme sulla trasparenza
  - b. Attivazione di sportelli virtuali
  - c. Possibilità di prenotazione e pagamento delle prestazioni
- c. Assicurare la riservatezza e la conservazione dei dati elettronici con:
  - a. Politiche della privacy
  - b. Sviluppo del fascicolo sanitario elettronico
  - c. Sviluppo del dossier

Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2014 s'interrverrà su:

- a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero
  - a. cartella integrata clinico assistenziale (attività propedeutiche alla realizzazione)
- 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.

## SISTEMA PACS REGIONALE

Il sistema PACS regionale rientra nell'ambito delle attività sovra-aziendali coordinate direttamente dalla DCSISPSF che si avvale del Dipartimento Servizi Condivisi dell'AOUUD (DSC) per la gestione operativa del sistema. Per il 2014 le linee di sviluppo sono le seguenti:

- a. Estensione ai servizi non interessati dalla prima fase d'implementazione del sistema (radiologia, medicina nucleare ed ecocardiografia), sulla base di un programma definito dalla DCSISSPSF che riguarderà:
  - Ecografia ginecologica e prenatale
  - Radioterapia
  - Endoscopia digestiva
  - Broncoscopia
- b. Realizzazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale, 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. Integrazione dei sistemi PACS delle aziende ASS1, AOUS e IRCCS Burlo nell'impianto del sistema PACS regionale.

## **CENTRALIZZAZIONE DELLA FUNZIONE DI CENTRALE D'ACQUISTO E DI COMMITTENZA DI BENI E SERVIZI**

### **ACQUISIZIONE DI TECNOLOGIE**

Nelle more dell'aggiornamento dell'art. 15 della legge regionale 5 settembre 1995, n. 37, le Aziende del Sistema sanitario regionale dovranno acquisire obbligatoriamente, secondo le modalità che saranno definite da una nota della DCSISSPSF un preventivo parere del NVESS 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.).

### **RUOLO DEL DSC**

Il DSC deve consolidare la sua funzione di centrale d'acquisto e di committenza di beni e servizi della Regione Friuli Venezia Giulia, in coerenza con quanto disposto dalla L.R. 12/2009 e dalla L.R. 17/2013 e con quanto previsto dal d.lgs 163/2006, dal Regolamento attuativo d.lgs 207/2010 e dalle indicazioni attuative sulla spending review. È confermato per l'anno 2014 l'affidamento delle sottoelencate attività centralizzate, a favore delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, al Dipartimento Servizi Condivisi (DSC) presso l'AOU di Udine, con indirizzo della Regione come previsto dalla legge regionale 17/2013.

- a. Approvvigionamenti e Logistica:
  - Gestione centralizzata del magazzino unico regionale con revisione del modello organizzativo degli attuali magazzini aziendali;
  - Acquisizione centralizzata di beni e servizi perseguendo una più efficiente aggregazione della domanda, attivando un apposito nucleo di valutazione delle tecnologie;
  - Sviluppo di un'unica piattaforma per la gestione della distribuzione per conto;
  - Ampliamento della gamma dei prodotti in distribuzione ai pazienti domiciliari (Strisce reattivi, stomia, ecc.);
  - Produzione e diffusione delle anagrafiche e del catalogo regionali dei beni e dei servizi che deve riguardare in particolare il settore dei dispositivi medici;
  - Definizione di un percorso formativo integrato (Aziende, DSC, altre agenzie formative) per sviluppare una cultura comune, in termini di conoscenze e modalità operative, e consolidare le competenze sul tema degli approvvigionamenti e della logistica, mettendo in rete le esperienze diffuse nel SSR.
- b. Beni, servizi:
  - Coordinamento delle acquisizioni di beni e servizi tecnologici;
  - Supporto alla gestione delle tecnologie del sistema dell'emergenza sanitaria (118);
  - Supporto alla gestione del Piano sangue;
  - Attività di formazione, monitoraggio e ricerca dei percorsi assistenziali e dei costi standard delle attività sanitarie;

- c. Tecnologie:
  - Conduzione del progetto regionale PACS;
  - Avvio di nuove modalità di gestione tecnico/manutentiva del parco macchine biomedicali a livello di SSR (gara di approvvigionamento attualmente in fase di espletamento);
  - Coordinamento del gruppo dei referenti aziendali in materia di gestione tecnico/manutentiva della dotazione tecnologica biomedicale;
  - Raccolta e sistematizzazione delle informazioni necessarie per garantire una vista puntuale ed aggiornata sullo stato di mantenimento e sul livello di utilizzo delle apparecchiature biomedicali. A tale scopo il DSC utilizza tutti gli strumenti informatici e le basi dati disponibili nell'ambiente dei sistemi informativi aziendali e nell'ambito della gestione tecnico/manutentiva del parco macchine biomedicale, in aggiunta alle viste riepilogative prodotte dal sistema PACS regionale.
- d. Call center:
  - Gestione dell'attività di prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie.
- e. Attività nel settore della responsabilità civile:
  - Gestione centralizzata della responsabilità civile RCT/RCO a favore delle Aziende del SSR.

Per una maggior efficienza ed efficacia delle attività di acquisto del DSC, soprattutto nei settori tecnologici e dei beni e dei servizi sanitari, verrà identificato un apposito nucleo tecnico-professionale con competenze specifiche nell'ambito della valutazione delle tecnologie sanitarie, che verrà integrato di volta in volta da specialisti di settore. Questo team dovrà svolgere una aggregazione della domanda di tecnologie e di beni sanitari delle Aziende, con l'obiettivo di orientare e sviluppare coerentemente i setting organizzativi e assistenziali all'interno del SSR, su espliciti criteri di Evidence Based Medicine e Public Health, coniugandoli con la programmazione socio-sanitaria e con le risorse disponibili.

#### **4.2 L'erogazione dei livelli di assistenza**

Nel 2014 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, complessivamente intesa delle Aree Vaste e 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.

La DCSISPSF, nelle indicazioni metodologiche a supporto della redazione dei PAL/PAO, individuerà le prestazioni e le performance più significative e gli obiettivi da assegnare alle Aziende.

#### **4.3 La 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:

- Assistenza protesica;
- Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semi-residenziale per anziani non autosufficienti;
- Trapianti;
- Funzioni regionali affidate a singole Aziende Sanitarie (Centro regionale Trapianti, Centro regionale Piano sangue, Coordinamento regionale Malattie rare, Supporto alle aree sanitarie socio sanitarie e politiche sociali integrate);
- Sviluppo e applicazione delle cure integrate e valutazione basati su ICF;
- Innovazione dei modelli di cure integrate;
- Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate.

Devono trovare continuità, con le precisazioni e gli eventuali nuovi indirizzi riportati in allegato A, le tematiche su:

- Contenimento dei tempi di attesa;

- Prevenzione;
- Assistenza farmaceutica;
- Governo clinico e sicurezza delle cure;
- Accredimento;
- Cure palliative;
- Salute mentale;
- Riabilitazione;
- Attuazione della pianificazione locale nelle aree d'integrazione socio sanitaria;
- Continuità assistenziale nel paziente con malattie cronico degenerative;
- Piano sangue regionale

Costituiscono, infine, nuove tematiche le cui sintetiche descrizioni e specifiche indicazioni sono contenute nell'allegato A:

- Reti di patologia
- Percorso nascita;
- Malattie rare;
- Diabete;
- Medicina convenzionata (MMG, PLS, specialistica, MCA);
- Sanità penitenziaria.

#### **4.4 Lo sviluppo dell'assistenza primaria**

##### **Le forme organizzative della Medicina convenzionata**

Le finalità e i principi enunciati nella Legge regionale per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, richiedono una riorganizzazione dei Servizi di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle funzioni e delle attività dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale). I mutati bisogni assistenziali comportano lo sviluppo di politiche di promozione della salute e di prevenzione delle patologie prevalenti e favoriscono l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali al fine di aumentare l'efficacia delle cure e di garantire la continuità dell'assistenza. In questa prospettiva all'assistenza medica primaria è richiesto di svolgere il nuovo ruolo, di cruciale importanza, di prima risposta ai problemi di salute della popolazione e di coordinamento dei relativi percorsi assistenziali. È quindi necessario ripensare i modelli organizzativi della Medicina convenzionata, coerentemente con i nuovi indirizzi delineati dalla normativa nazionale, per consentire di svolgere le nuove funzioni ed attività.

##### **Aggregazioni Funzionali**

Il modello organizzativo che viene qui descritto ha lo scopo di garantire una risposta appropriata, durante le 12 ore diurne, ai bisogni assistenziali dei pazienti in ogni parte del territorio regionale.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) svolgono funzioni di coordinamento tra le forme organizzative dei medici in esse presenti.

Con le AFT si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

Le Aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri: riferimento al distretto; popolazione assistita da definire e comunque con un numero di medici, di norma, non inferiore a 15/20, in collegamento tra loro. L'estensione territoriale della AFT e la popolazione servita deve essere compatibile con le caratteristiche del territorio (urbano, rurale, montano), al fine di garantire l'accessibilità degli assistiti.

La AFT è costituita con atto del Direttore Generale, previo parere dei Comitati Aziendali. Il provvedimento individuerà i nominativi dei medici facenti parte della AFT. Successivamente i medici che ne fanno parte propongono il Medico coordinatore che sarà nominato dal Direttore Generale, in base alle procedure definite nel Comitato aziendale.

##### **Compiti ed attività dei medici convenzionati nelle AFT**

Le AFT, tramite i medici convenzionati, garantiscono:

- compiti ed attività previsti negli ACN e AIR;

- obiettivi previsti dagli accordi regionali e aziendali da monitorarsi con indicatori condivisi;
- prestazioni non differibili, concordabili per tutti gli assistiti;
- prestazioni aggiuntive secondo le modalità stabilite nel Contratto di esercizio per tutti gli assistiti;
- obiettivi di salute, appropriatezza e gestionali che saranno definiti negli Accordi integrativi regionali e aziendali;
- adempimenti informatici così come previsto dagli Accordi e nelle procedure regionali.

Nelle AFT operano i medici singoli, in associazione, in rete, in medicina di gruppo e organizzati nei Centri di assistenza primaria; essi vi aderiscono allo scopo di:

- garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- promuovere la diffusione e l'applicazione di processi assistenziali efficaci ed appropriati sulla base dei principi della "evidence based medicine";
- partecipare all'integrazione tra i servizi di assistenza sanitaria primaria, di prevenzione e ospedalieri per garantire percorsi assistenziali appropriati e la continuità dell'assistenza;
- garantire le attività assistenziali di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione mediante il miglior uso possibile delle risorse;
- collaborare con il Distretto di riferimento nella programmazione e valutazione dei processi assistenziali, individuando i criteri per definire il carico assistenziale e per la valutazione dei risultati di esito e di performance clinica;
- partecipare a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale.

### **Forme associative evolute**

I mutati bisogni assistenziali della popolazione e la necessità di rivedere profondamente il sistema di offerta sanitaria regionale, con particolare riferimento alla rete ospedaliera, richiede una energica azione di potenziamento dell'assistenza sanitaria primaria, al cui interno la medicina convenzionata svolge un ruolo fondamentale. In particolare occorre rivedere le forme dell'associazionismo medico allo scopo di sviluppare progressivamente modelli organizzativi in grado di garantire l'assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, il coordinamento tra i medici, le relazioni con il Distretto che governa il sistema dell'assistenza primaria e l'integrazione con le attività di prevenzione e ospedaliere.

In questa prospettiva occorre perseguire lo sviluppo delle forme associative in grado di fornire alla popolazione servizi completi e la continuità assistenziale necessaria a soddisfare i bisogni di salute prevalenti. Le forme associative proposte sono le Medicine di gruppo e i Centri di assistenza sanitaria primaria.

### **Medicina di Gruppo.**

Questa forma organizzativa ha la finalità di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una miglior continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa. Il modello organizzativo di riferimento che viene proposto per una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria è costituito dalla Medicina di Gruppo con le seguenti caratteristiche:

- si rivolge ad un bacino di popolazione determinato;
- si fonda sul lavoro multi professionale in cui sono coinvolti Medici e Pediatri di famiglia ma anche Specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, allo scopo di costituire un riferimento unitario per i pazienti e le loro famiglie;
- è un luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria;
- garantisce i livelli di assistenza concordati, misurabili attraverso opportuni indicatori;
- realizza programmi di promozione della salute, di prevenzione e assiste la popolazione servita con riferimento a percorsi assistenziali condivisi e basati sull'evidenza scientifica;
- raccoglie dati socio-epidemiologici e contribuisce a rilevare i bisogni di salute della popolazione;
- è connessa con il sistema informativo aziendale e regionale.

Per realizzare queste funzioni e attività ai medici partecipanti viene chiesto:

1. di aderire al coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire l'accessibilità della popolazione servita;

2. di svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti degli assistiti dei Colleghi aderenti al proprio Gruppo;
3. di coordinarsi per l'effettuazione delle visite domiciliari;
4. di coordinarsi per l'effettuazione degli accessi di assistenza programmata domiciliare ed Integrata, in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici del gruppo o, eventualmente nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
5. di gestire il fascicolo sanitario elettronico secondo standard definiti dagli accordi regionali e aziendali;
6. di aver attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo;
7. di utilizzare sistemi di comunicazione informatica condivisi per la gestione di dati clinici e l'esecuzione di prestazioni in collegamento con le strutture dell'Azienda sanitaria;
8. di adottare percorsi assistenziali condivisi con l'Azienda sanitaria sulla base di accordi regionali e aziendali;
9. di effettuare, secondo le modalità organizzative della forma associativa di appartenenza, le prestazioni non differibili ed aggiuntive.

### **Centro di Assistenza Primaria**

Il Centro di assistenza primaria è una articolazione organizzativa del Distretto ed è costituito dall'aggregazione di MMG, pediatri di famiglia, medici di continuità assistenziale, di specialisti e di personale infermieristico, riabilitativo e dei servizi sociali, provenienti sia dal Distretto che dall'ospedale che operano nella stessa sede preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda. Queste strutture devono essere adeguate a tale compito da un punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico e collegate mediante adeguati strumenti informatici e tecnologici con gli eventuali ambulatori periferici dei medici e con le altre strutture dell'Azienda sanitaria. La legge di riforma regionale individuerà le caratteristiche e la dimensione del bacino di utenza nonché le funzioni assistenziali da programmare ed erogare.

In particolare i Centri di assistenza primaria dovranno sviluppare l'assistenza integrata delle patologie croniche prevalenti mediante:

- visite ambulatoriali effettuate da medici specialisti nell'ambito dell'Assistenza Primaria
- visite ambulatoriali effettuate da Medici di Medicina Generale e Pediatri di famiglia in possesso di competenze specialistiche
- gestione dei percorsi assistenziali integrati dei pazienti cronici basata sull'applicazione di linee guida con particolare riferimento a diabete, malattie cardiovascolari, BPCO, ecc., per consentire la gestione integrata di percorsi assistenziali
- test diagnostici : POCT, ecografie.
- servizi alla comunità (consultorio familiare, assistenza domiciliare, centri di salute mentale, assistenza prenatale)
- ambulatori specialistici (dentista, oculista, otorino, cardiologo, ginecologo, dermatologo, oncologo, nucleo di cure palliative)
- chirurgia minore da Day surgery
- urgenze cliniche minori (es. codici bianchi)
- punto prelievi
- endoscopia
- radiologia (escluse le macchine pesanti)
- servizi per la prevenzione e promozione della salute (vaccinazioni, screening)
- servizi per la riabilitazione
- continuità assistenziale ( guardie mediche notturne e festive)
- servizi amministrativi e di prenotazione

### **Obiettivi di salute e di governo del sistema**

I MMG, PLS, continuità assistenziale operanti nelle forme organizzative citate in precedenza, collaborano alla realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario regionale attraverso la definizione di accordi regionali e aziendali. Gli obiettivi individuati riguardano le aree tematiche di miglioramento della salute e di governo del sistema.

Gli obiettivi di miglioramento della salute riguardano la gestione integrata delle malattie croniche con particolare riferimento al diabete, alla BPCO, alle malattie cardiovascolari, alla salute mentale e ai bisogni assistenziali pediatrici prevalenti. La gestione operativa di tali obiettivi avviene mediante l'individuazione di percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze scientifiche e coordinati dal Distretto.

Gli obiettivi di governo del sistema riguardano lo sviluppo della massima appropriatezza sia prescrittiva, sia riferita al livello di assistenza nelle seguenti aree.

- Area dei ricoveri ospedalieri
- Area delle prestazioni specialistiche
- Area della farmaceutica

I progetti di appropriatezza devono essere correlati agli obiettivi strategici aziendali, esplicitati nei documenti di pianificazione aziendali (PAL e PAO) sulla base delle linee di gestione regionali.

### **Piano dell'assistenza primaria**

Le Aziende sanitarie definiscono nell'ambito della programmazione di Area vasta, il Piano dell'assistenza primaria che, partendo dall'analisi dei bisogni di salute della popolazione, definisca gli obiettivi di salute e assistenziali, gli obiettivi di governo del sistema, il modello organizzativo dell'Assistenza sanitaria primaria, gli strumenti operativi di gestione, il ruolo dei diversi professionisti socio-sanitari, le risorse e i tempi di attuazione. Il Piano sarà redatto entro giugno 2014 sulla base di indicazioni fornite dalla Direzione Centrale e sarà soggetto ad approvazione regionale.

## **ALLEGATI**

## ALLEGATO A

### Indicazioni per la programmazione degli interventi socio sanitari (capitolo 3.3)

#### TEMPI di ATTESA

In attesa del previsto aggiornamento del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, sono confermate per l'anno 2014 le attività finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Sono pertanto 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);
- le prestazioni i cui tempi d'attesa dovranno essere rispettati in più sedi di Area Vasta.

#### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Le Aziende sono tenute a:

- Predisporre il Piano di contenimento dei tempi d'attesa, quale parte integrante del PAL/PAO 2014, in una logica di integrazione in ambito di Area Vasta;
- Partecipare allo sviluppo dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute;
- Implementare agende di prenotazione distinte per codice di priorità entro quattro mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.
- Gestire tempestivamente la propria struttura dell'offerta, rispettando il dettato nazionale e regionale sull'apertura e la chiusura delle agende.

#### PREVENZIONE

Il 2014 è un anno di transizione, in cui le Aziende proseguiranno gli interventi di prevenzione previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, prorogato al 2013, e la regione porrà mano alla stesura del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018, sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione di prossima adozione; continueranno pertanto i programmi già attivi, preparando per quanto possibile il terreno ai programmi del nuovo PRP, che sarà nel segno della continuità con il precedente ma anche con elementi innovativi.

#### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Le aziende dovranno inserire nei loro PAL precisi risultati attesi con riguardo ai temi e agli indirizzi generali sotto elencate e con particolare riferimento agli indicatori di erogazione LEA di cui ALLEGATO B :

##### *Prevenzione delle malattie infettive*

Si dovrà mantenere e ove possibile migliorare le coperture dei programmi di vaccinazione, portando anche le coperture per la vaccinazione antivaricella, introdotta nel 2013, a valori sufficienti ad assicurare al programma un rapporto costo-efficacia favorevole; va inoltre migliorata 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.

##### *Prevenzione infortuni e malattie professionali*

Si continuerà ad assicurare le attività previste dal Piano regionale Prevenzione 2010-2012, compresi i progetti nazionali di sorveglianza, ed in particolare: realizzare la seconda fase del progetto di standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia; attuare un programma di vigilanza nel comparto agricolo, anche con attenzione all'utilizzo di fitosanitari, affiancato da adeguata formazione per gli operatori impegnati nella vigilanza; incrementare l'attività di sorveglianza ex esposti ad amianto anche in collaborazione con il Centro Regionale Unico secondo le previsioni della DGR 1195/2012.

#### *Prevenzione di incidenti stradali e domestici*

Proseguiranno le azioni di formazione, sensibilizzazione e la collaborazione con le associazioni presenti sul territorio, in particolare – in un'ottica intergenerazionale - quelle che si propongono il coinvolgimento della terza età. L'invecchiamento attivo, infatti, costituisce una preziosa risorsa per i programmi di promozione della salute ed è esso stesso fattore di protezione rispetto alle patologie legate all'età anziana.

#### *Guadagnare Salute*

Proseguirà la collaborazione con le associazioni ed i comuni, oltre che con le scuole, per i programmi incentrati sugli obiettivi di Guadagnare Salute, come la promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione. Dovrà proseguire la diffusione delle Linee d'indirizzo prodotte in questi ultimi anni dalla Regione FVG in tema di alimentazione (alimentazione negli asili nido, ristorazione collettiva, ristorazione automatica), effettuando anche verifiche sull'effettiva applicazione delle Linee d'indirizzo e su eventuali criticità correlate.

Verranno sostenuti o sviluppati Progetti Citta Sane che favoriscono una piena collaborazione con le amministrazioni locali con l'obiettivo di incentivare un approccio alla salute mediante l'intersectorialità e il coinvolgimento delle comunità.

I programmi di contrasto al fumo e all'abuso di alcol dovranno essere realizzati in sinergia tra Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute Mentale.

#### *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. Inoltre, dovrà essere avviato un percorso di miglioramento della qualità che coinvolga comunità terapeutiche e privato sociale.

#### *Screening oncologici*

Proseguiranno i programmi come da indicazioni dei piani nazionali specifici e delle linee guida europee, con obiettivi di miglioramento delle performance in termini di copertura della popolazione target e di criteri di qualità.

#### *Prevenzione cardiovascolare*

I programmi e le iniziative di prevenzione dovranno prevedere, nei limiti previsti dagli accordi contrattuali, il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

#### *Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale*

Le aziende sanitarie dovranno realizzare gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale, in particolare: ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare; attuare il terzo anno del progetto Piccole Produzioni Locali; programmare attività di audit; realizzare una nuova campagna di controllo e prevenzione della rabbia nel territorio di ASS1, ASS2 ASS4; attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini e attuare controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto.

#### *Ambiente e salute*

Si dovrà proseguire nelle attività di studio e ricerca e operative concordate con l'ARPA. In particolare, nell'applicazione della procedura di VIS (Valutazione di Impatto Sanitario), la formulazione dei pareri richiesti ai Dipartimenti di Prevenzione sarà svolta in collaborazione con l'ARPA e gli Enti locali interessati.

#### *Programmi di sorveglianza*

Dovrà essere assicurata l'attività prevista dai programmi nazionali di sorveglianza (Okkio alla salute, HBSC e PASSI).

*Attivazione dello sportello unico delle attività produttive secondo le indicazioni della deliberazione regionale di riferimento.*

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

Per il 2014 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 sanitarie dovranno pertanto mettere in atto tutte le azioni, anche a livello di area vasta, necessarie a perseguire il contenimento della spesa, sia territoriale che ospedaliera.

Le aziende sanitarie proseguiranno per il 2014 con le attività e le progettualità già previste negli atti di programmazione del 2013 e in particolare:

- 1) Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS).  
In allegato B sono indicate la categoria di farmaci la cui percentuale di prescrizioni dei medicinali a brevetto scaduto sul totale delle prescrizioni presentano ancora margini di miglioramento rispetto al target individuato dal MEF.
- 2) Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari, in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatropina, eritropoietine, fattori di crescita granulocitari;
- 3) 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;
- 4) a livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello d'integrazione ospedale-territorio;
- 5) la cartella oncologia informatizzata va implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede e stadiazione, con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti;
- 6) assicurare l'implementazione e controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese;

Le aziende sanitarie implementeranno il SIASA-File F anche per i pazienti regionali, al fine di quantificare la mobilità intra-regionale e valutare eventuali revisioni dell'attuale sistema di finanziamento.

Nell'ambito delle iniziative di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, le Aziende per i servizi sanitari implementano il report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013 ed assicurano un monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da 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.

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 e gli indicatori di monitoraggio correlati.

Ad oggi tutte le Aziende sanitarie hanno avviato la distribuzione per conto; viene comunque assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali.

Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare dovrà essere garantita la distribuzione diretta dei medicinali, assicurando al contempo un monitoraggio dei consumi.

### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale

Per il 2014 **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 sanitarie dovranno pertanto mettere in atto tutte le azioni, anche a livello di area vasta, necessarie a perseguire il contenimento della spesa, sia territoriale che ospedaliera.

Le aziende sanitarie proseguiranno inoltre nel 2014 le attività e le progettualità su:

- incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto;
- adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari;
- adozione, a livello di area vasta, di protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo;

primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica, distribuzione diretta relativamente a residenzialità/domiciliarità;  
assistenza integrativa;

fissando specifici obiettivi di miglioramento e precisi obiettivi quantitativi rispetto agli indicatori contenuti nell'allegato C.

Dovrà essere inoltre assicurato la registrazione di tutti i dati richiesti per

la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA;  
l'implementazione della cartella oncologia informatizzata;  
l'implementazione di SIASA-File F anche per i pazienti regionali;  
i flussi ministeriali (diretta, distribuzione per conto, ospedaliera).

Nell'ambito dei programmi di sicurezza delle cure, con riferimento alle attività di farmacovigilanza, con le risorse di cui ai fondi statali di cui all'art. 36, comma 14 della L 449/1997 e vincolate "all'istituzione /mantenimento dei centri regionali di farmacovigilanza, ovvero al potenziamento delle attività di farmacovigilanza sul territorio attraverso organismi/strutture stabilmente definite", sarà opportunamente adeguata e integrata la convenzione in essere tra la DCSISPSF e le aziende ospedaliere universitarie di Udine e Trieste.

Per quanto invece riguarda la quota del medesimo finanziamento destinata ai progetti a valenza regionale o interregionale, al fine di promuovere azioni coordinate e omogenee su tutto il territorio regionale, potranno essere avviate specifiche progettualità a valenza regionale, anche in collaborazione con l'area welfare o il Cefomed o il DSC.

### **GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE (RISCHIO CLINICO)**

Nel 2013 sono state sviluppate azioni rispetto al programma del governo clinico e della sicurezza delle cure nell'ambito del monitoraggio del consolidamento dei programmi in atto, degli indicatori specifici individuati, della standardizzazione della documentazione sanitaria tra i diversi livelli di assistenza, della sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero e di assistenza primaria, della implementazione di programmi specifici su rischio chirurgico, sicurezza nell'uso dei farmaci, rischio infettivo, lesioni da decubito e cadute accidentali, con formazione del personale sulle tematiche specifiche.

Nel corso del 2014 in coerenza con gli indirizzi delle linee di gestione focalizzati sui percorsi preventivo diagnostico clinico terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale, si prevedono le seguenti linee di azione:

- il consolidamento dei programmi esistenti attraverso il monitoraggio degli indicatori e l'avvio di valutazioni esterne tra operatori (es. Safety Walk Around) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;
- la focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla poli-farmacoterapia nei pazienti anziani e all'uso degli antibiotici;
- la progressiva diffusa acquisizione, nelle varie articolazioni del SSR, degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. lesioni da decubito, rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely);
- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;
- lo sviluppo del raccordo e del coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti sul tema della sicurezza del paziente, a livello regionale e aziendale, che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;
- la centralità della "trasparenza", mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;
- il coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza, sia nella logica di una maggior informazione, che in quella di un loro ruolo attivo nel perseguimento del miglioramento continuo;
- la formazione del personale del SSR nei settori principali affrontati.

Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Nel 2014 alle Aziende sanitarie è richiesto di:

- garantire l'attività di monitoraggio degli indicatori individuati;
- partecipare ad attività di validazione dei dati raccolti;
- programmare ed attuare azioni correttive e di miglioramento delle performance raggiunte;
- partecipare ai nuovi programmi di miglioramento continuo finalizzati al raggiungimento dei livelli di performance condivisi;
- porre attenzione alla formazione continua del personale;
- proporre piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.

## **ACCREDITAMENTO**

Il programma regionale dell'accreditamento per le strutture private è in fase di completamento; nel 2012 sono state definitivamente accreditate le strutture di degenza ed ambulatoriali; nel 2013 sono state attivate le procedure per l'accreditamento definitivo di RSA e Hospice e nel 2014 saranno attivati i procedimenti per le rimanenti strutture territoriali. Le Aziende sanitarie negli ultimi anni hanno partecipato al programma di accreditamento attraverso percorsi di autovalutazione dei requisiti e individuazione di piani di adeguamento. Con il recepimento dell'intesa 259/CSR del 20/12/2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" si renderà necessario attivare strumenti di verifica esterna istituzionale anche nelle strutture pubbliche. Inoltre, lo sviluppo delle reti assistenziali richiederà l'individuazione e la verifica di standard qualificanti per tutte le strutture (pubbliche e private) e i servizi coinvolti in ciascun percorso clinico assistenziale individuato.

### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Le aziende sanitarie regionali nel 2014 dovranno mettere a disposizione i professionisti esperti per la costruzione delle reti e l'individuazione dei percorsi (ictus, cure palliative, trapianti, gravi insufficienze d'organo) e partecipare alle attività di revisione, se necessaria, consolidamento e verifica dei percorsi già delineati: rete GCA, rete DCA.

Le attività di verifica esterna continueranno ad essere condotte con la messa a disposizione dei valutatori delle Aziende sanitarie.

Le aziende sanitarie che hanno attivato programmi di accreditamento internazionali sono autorizzate a proseguire, coerentemente anche con la corrispondente direttiva europea.

## **SALUTE MENTALE**

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 incrementare l'integrazione a livello di Area Vasta e 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 avviare percorsi di contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali. Inoltre, si dovrà dare maggiore impulso alla realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica e alla rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

Si darà anche attuazione agli impegni previsti nei Piani Nazionali di salute mentale dell'età evolutiva, in particolare per la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, per la diagnosi e la presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti.

Infine si dovrà avviare il processo di 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.

Saranno avviate collaborazioni tra Dipartimenti di Prevenzione, delle Dipendenze e della Salute Mentale, servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG e PLS, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche e delle situazioni di fragilità e rischio suicidario.

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare (DCA), nel 2013 è stato definito il documento tecnico di consenso "La rete per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, consultabile sul sito [www.regione.fvg.it](http://www.regione.fvg.it), relativo alla riorganizzazione dei servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. I dipartimenti di salute mentale ed i servizi di salute mentale dell'età evolutiva dovranno consolidare il

percorso strutturato per la presa in carico delle persone con DCA, 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. I servizi che verranno prossimamente identificati dalla Regione come strutture di secondo livello dovranno sviluppare una progettualità, ricercando sinergie per area vasta, finalizzata a garantire accoglienza semiresidenziale nei casi che lo richiedano.

Indicazioni per la programmazione annuale aziendale

Le aziende dovranno inserire nei loro PAL precisi risultati attesi con riguardo agli obiettivi e agli indirizzi sopra riportati, nonché a) attivare per le persone attualmente in OPG il budget di salute e progetti terapeutici riabilitativi individualizzati per consentire il reinserimento nel territorio; b) perseguire il completamento della rete dei centri di salute mentale sulle 24 h.

**RIABILITAZIONE: RETE DELLE GRAVI CEREBRO-LESIONI ACQUISITE (GCA)**

Nel 2012 è stata adottata la Delibera di Giunta 1309 del 25 luglio 2012 "Il percorso clinico assistenziale delle persone con Grave Cerebro-lesione Acquisita e la rete per le gravi cerebro-lesioni in Friuli Venezia Giulia" 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. Nel 2013 le aziende hanno iniziato ad attuare quanto previsto dalla sopracitata delibera e dalla rete regionale, attraverso i referenti di rete e attraverso programmi formativi e informativi specifici. L'attuazione complessiva della rete prevede azioni da realizzare nel triennio in maniera da ottenere il completamento e il funzionamento a regime della rete GCA entro il 2015, secondo quanto previsto dalla delibera sopra citata e dal documento tecnico di governo clinico "la rete riabilitativa per le gravi cerebro-lesioni acquisite del FVG", consultabile sul sito [www.regione.fvg.it](http://www.regione.fvg.it).

Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Le aziende sanitarie regionali dovranno produrre piani di adeguamento ai requisiti previsti per le strutture della rete e dare attuazione a tutte le azioni previste per garantire la continuità dei percorsi assistenziali dei pazienti con GCA.

**CONTINUITA' ASSISTENZIALE NEL PAZIENTE CON MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE**

Alle aziende nel corso del 2013 è stato richiesto di presentare una proposta di revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer in accordo con il DM 20 luglio 2000 e le linee di indirizzo ministeriali "linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" attualmente in corso di approvazione presso la Conferenza Unificata. Tali linee di indirizzo prevedono una rete integrata dell'offerta socio sanitaria con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano e con il coinvolgimento di professionisti sia ospedalieri sia territoriali con la finalità di assicurare sia la funzione prescrittiva dell'UVA, ma soprattutto ampliandone il ruolo nell'ambito di una rete che garantisca continuità assistenziale, percorsi diagnostico terapeutici e interventi socio assistenziali.

Indicazioni per la programmazione annuale aziendale

Alle aziende sanitarie è richiesta la partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze.

Per quanto riguarda la malattia di Alzheimer le aziende dovranno inserire nei loro PAL precisi risultati attesi relativi agli obiettivi individuati a conclusione del percorso di analisi e di definizione della proposta di revisione dell'assetto logistico e funzionale.

**PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Prosegue l'impegno della Regione, anche per quest'anno, a partecipare 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.

Le aziende verranno coinvolte nel corso dell'anno alla partecipazione e collaborazione per la realizzazione del progetto.

### **ATTUAZIONE PIANIFICAZIONE LOCALE NELLE AREE DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

Nel 2013 le Aziende per i servizi sanitari hanno recepito e perseguito gli obiettivi e le azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali. Inoltre, in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni, hanno provveduto al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività e all'eventuale aggiornamento del documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata per il triennio 2013-2015, con specificazione delle attività e degli interventi programmati per il 2014 nelle aree di integrazione socio sanitaria, che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di benessere della persona, della famiglia e della comunità (area materno infantile, disabilità, malattie croniche, terminalità, anziani, salute mentale, dipendenze).

#### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Le Aziende per i servizi sanitari, per il 2014, recepiranno nell'ambito dei rispettivi PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del anno, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti distrettuali.

### **PIANO SANGUE REGIONALE**

Il sistema trasfusionale regionale deve continuare a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione e contribuire alla compensazione nazionale.

#### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale

- Mantenimento dell'autosufficienza regionale in sangue, plasma ed emoderivati e garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale;
- Organizzazione del sistema trasfusionale regionale: Completamento della concentrazione delle attività di frazionamento per la produzione emocomponenti semplici presso la struttura operativa complessa "Centro Unico per la produzione di Emocomponenti" di Palmanova e dotazione dello stesso, al fine del rinnovo biennale dell'accreditamento istituzionale.

## **NUOVE TEMATICHE**

### **MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA E SPECIALISTICA CONVENZIONATA**

Verrà definito entro il primo semestre il Piano dell'assistenza primaria che, partendo dall'analisi dei bisogni di salute della popolazione, con l'individuazione degli obiettivi di salute, assistenziali, di governo del sistema. Inoltre verranno stabiliti il modello organizzativo dell'Assistenza sanitaria primaria, gli strumenti operativi di gestione, il ruolo dei diversi professionisti socio-sanitari, le risorse e i tempi di attuazione. Il Piano sarà redatto sulla base di indicazioni fornite dalla Direzione Centrale e sarà soggetto ad approvazione regionale. I contenuti di tale piano saranno sviluppati tenendo conto degli Accordi integrativi regionali in corso di definizione.

### **RETI DI PATOLOGIA**

Il servizio sanitario regionale adotterà, e perseguirà come modalità organizzativa diffusa, l'integrazione delle strutture erogative regionali al fine di garantire al paziente, in tutto l'ambito regionale, una maggiore appropriatezza e percorsi assistenziali standardizzati altamente qualificati. Questo approccio richiederà e garantirà di conseguenza una migliore diffusione delle conoscenze tra i professionisti.

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 tal scopo, si svilupperà e si attiverà il percorso a rete del paziente con:

- patologia oncologica
- patologia cardiovascolare
- patologia epatica
- patologia ematologica
- trapianto d'organo
- malattia rara,
- insufficienza renale,
- altra patologia individuata dalla DCSISPSF

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.

### **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.

#### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale :

Le Aziende sanitarie, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaboreranno 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.

Qualora detti livelli di sicurezza non possano essere garantiti nelle singole strutture, attiene alla responsabilità della Direzione Aziendale di mettere in atto tutti i provvedimenti necessari .

## **CURE PALLIATIVE**

In coerenza con le precedenti linee di gestione sono stati condivisi a livello regionale gli strumenti di valutazione del dolore e le modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche, che private accreditate, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare.

Sono stati attivati tavoli tecnici, in ambito adulto e pediatrico, nei quali si stanno contestualizzando le indicazioni fornite dalle normative di settore e dagli accordi stato-regioni.

Nel corso del 2014, verranno condivisi i requisiti per la rete delle cure palliative già formulati, si procederà alla riorganizzazione e all'accreditamento delle reti assistenziali e degli hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.

Parallelamente si proseguirà con la revisione della documentazione sanitaria in uso nelle reti e con l'acquisizione delle informazioni richieste con l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice.

### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale

Alle aziende sanitarie sarà richiesto di partecipare all'identificazione dei requisiti di accreditamento ed all'attivazione del programma di autovalutazione della rete delle cure palliative. Gli hospice saranno tenuti all'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.

Un aumento del 5% dei decessi in abitazione / domicilio per le persone di età > ai 65

## **MALATTIE RARE**

Nel corso del 2013 sono state avviate le azioni propedeutiche alla riorganizzazione delle cure rivolte ai soggetti affetti da malattia rara (di seguito MR), secondo un modello di rete che garantisca la presa in carico globale ed integrata. L'obiettivo di revisione dell'attuale rete regionale malattie rare è conseguente alla necessità di migliorare l'efficienza del sistema, che ha evidenziato alcuni elementi di squilibrio. Al fine di acquisire elementi oggettivi che possano contribuire alla ridefinizione della suddetta rete, istituita con DGR 3277/2002, vengono promosse azioni volte all'implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001, fondamentale strumento di sorveglianza epidemiologica e supporto alla programmazione sanitaria nazionale e regionale sul tema specifico.

### Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Le Aziende sanitarie si impegneranno a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR ed in quest'ottica collaboreranno con il Coordinamento regionale MR all'implementazione del flusso informativo al registro regionale.

## **DIABETE**

Il nuovo Piano Nazionale sulla malattia diabetica ha fornito specifiche indicazioni su azioni da attuarsi al fine di garantire un continuo miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete. Tra gli obiettivi strategici del Piano figurano si svilupperanno in particolare l'integrazione dell'assistenza diabetologica specialistica e di base, il rafforzamento della prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze, l'implementazione delle pratiche cliniche basate sulle prove scientifiche attraverso azioni di formazione ed informazione, l'empowerment delle persone con diabete e delle associazioni riconosciute. Nel corso del 2013 sono stati attivati team di lavoro multiprofessionali con i sanitari che operano nell'ambito dell'assistenza alle persone con diabete in specifici ambiti e con la partecipazione delle associazioni sui temi principali indicati dal Piano Nazionale le cui indicazioni dovranno trovare applicazione nel corso del 2014.

In particolare dovrà essere perseguita una gestione integrata del paziente diabetico, favorendone una graduale presa in carico da parte della medicina del territorio, secondo modalità e percorsi strutturati e condivisi.

Inoltre nel corso del 2014 si concluderanno le attività già avviate dai gruppi di lavoro relativamente ad alcune tematiche specifiche, quali: diabete e gravidanza, diabete dell'età evolutiva e transizione, piede diabetico e prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze.

Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti. Le Aziende sanitarie, preferibilmente in ambito di area vasta, adottano i percorsi definiti a livello regionale.

**PASSAGGIO DELLE FUNZIONI DI SANITÀ PENITENZIARIA DALLO STATO ALLA REGIONE FVG**

Il DPCM 1.10.2008 ha disciplinato le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie esercitate dal Ministero della Giustizia, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria, demandando alle Regioni l'espletamento delle funzioni trasferite ed il recepimento delle linee di indirizzo ad esso allegate.

Per quanto riguarda la Regione FVG è stato emanato, nel rispetto delle procedure stabilite dall'art. 65 dello Statuto di autonomia, il decreto legislativo n. 274, del 23.12.2010 (*Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli – Venezia Giulia in materia di sanità penitenziaria*), il quale ha subordinato il trasferimento delle funzioni all'effettiva assegnazione alla Regione FVG, da parte dell'Amministrazione statale, delle risorse finanziarie necessarie.

Nell'attesa della formalizzazione del trasferimento, le aziende predispongono studi preliminari relativi alla valutazione dei bisogni di salute e della domanda sanitaria degli istituti di pena collocati nel proprio territorio, nonché prime ipotesi di organizzazione dei percorsi terapeutici e dei servizi necessari.

Indicazioni per la programmazione annuale aziendale:

Nell'attesa della formalizzazione del trasferimento delle funzioni, le Aziende predispongono studi preliminari relativi alla valutazione dei bisogni di salute e della domanda sanitaria degli istituti di pena collocati nel proprio territorio, nonché prime ipotesi di organizzazione dei percorsi terapeutici e dei servizi necessari.

## ALLEGATO B

### TABELLE RELATIVE ALLE ATTIVITA' SOVRA AZIENDALI

Tabella A: Sovraziendali storicizzate nel finanziamento indistinto 2014

#### Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina

Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione
Screening colon retto
Finanziamento farmaci ad alto costo Ass 1
Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus
Campagna di vaccinazione contro la varicella
Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica
Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche

#### Azienda per i Servizi Sanitari n.2 Isontina

Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione
Screening mammografico
Screening colon retto
Trasporti per la validazione sacche di sangue CUV
Finanziamento al Centro Unico Validazione Biologica per effettuazione tests "West Nile Virus"
Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus
Campagna di vaccinazione contro la varicella
Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica
Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche

#### Azienda per i Servizi Sanitari n.3 Alto Friuli

Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione
Screening mammografico
Screening colon retto
Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus
Campagna di vaccinazione contro la varicella
Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica
Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche

#### Azienda per i Servizi Sanitari n.4 Medio Friuli

Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione
Screening mammografico
Screening colon retto
Finanziamento integrativo farmaci ad alto costo
Progetto "Piccole produzioni locali"
Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus
Campagna di vaccinazione contro la varicella
Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica
Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche

#### Azienda per i Servizi Sanitari n.5 Bassa Friulana

Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione
Screening mammografico
Screening colon retto
Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus

Campagna di vaccinazione contro la varicella
Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica
Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche

#### **Azienda per i Servizi Sanitari n.6 Friuli Occidentale**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus
Campagna di vaccinazione contro la varicella
Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica
Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche

#### **Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Screening mammografico
Screening colon retto
Progetto donazione e trapianto organi (DGR 966/05 - Centro regionale trapianti)
Convenzione per la tipizzazione soggetti da trapiantare
Centro di coordinamento rete regionale malattie rare
Attività di espanto e trasporto organi
Effettuazione dei Test HPV nei 3 centri di riferimento di area vasta

#### **Azienda Ospedaliera di Pordenone**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Screening mammografico
Screening colon retto
Effettuazione dei Test HPV nei 3 centri di riferimento di area vasta

#### **Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Screening mammografico
Screening colon retto
Effettuazione dei Test HPV nei 3 centri di riferimento di area vasta

#### **IRCCS CRO Aviano**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Screening mammografico
Screening colon retto
Formazione personale progetto diagnostico terapeutico oncologico

#### **IRCCS Burlo Trieste**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Sorveglianza epidemiologica dell'obesità in gravidanza
Costi per effettuazione dello screening audiologico

#### **Dipartimento Servizi Condivisi**

<b>Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione</b>
Attività ex CSC
Screening mammografico
Screening colon retto

Oneri personale per attività centralizzate nelle aree tecnologiche
Finanziamento per spese predisposizione materiale informativo per programma "emergenza caldo"

**Tabella B: Finanziamento 2014 per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovra aziendali)**

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Importo previsto	Ente gestore	Note
1	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	AOUUD (DSC)	Linea centralizzazione
2	Piano sangue regionale e NAT HCV	4.050.000,00	AOUUD (DSC)	Linea centralizzazione
3	Elisoccorso	3.319.000,00	AOUUD (DSC)	Linea centralizzazione
4	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	AOUUD (DSC)	Linea centralizzazione
5	Assicurazioni RC (polizza)	5.000.000,00	AOUUD (DSC)	Linea centralizzazione
6	Assicurazioni RC (fondo copertura 2012)	9.000.000,00	AOUUD (DSC)	Linea centralizzazione
7	Avvalimento di personale delle Aziende Sanitarie (DGR 215 del 11.02.2011)	250.000,00	AOUUD	Intervento specifico (LR12/2009 art.10 comma11)
8	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	43.000,00	ASS2	Linea prevenzione
9	Spese di funzionamento Cefomed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.250.000,00	ASS2	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
10	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.053.772,45	ASS3	Intervento specifico (LR 19/2006 art.30)
11	Contratti per la formazione specialistica dei medici presso le scuole di specializzazione della Regione e fuori Regione	2.253.000,00	ASS3	Protocollo Regione Università - Dlgs 502/1992, art.6 comma 3
12	Rimborso oneri per indennizzi L 210/92	100.000,00	ASS3	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
13	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	ASS5	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
14	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	1.100.000,00	ASS5	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
15	Progetti internazionali e interventi umanitari	240.000,00	ASS5	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
16	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	ASS5	Protocollo Regione Università - Dlgs 502/1992, art.6 comma 3

17	Spese dirette dell'ARPA per il funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria per tecnici della prevenzione	170.000,00	ASS5	Protocollo Regione Università - Dlgs 502/1992, art.6 comma 4
18	Piano sorveglianza molluschi bivalvi	260.000,00	DCSISPSF	Linea prevenzione
19	Integrazione attività con strutture sanitarie private accreditate o temporaneamente accreditate (Accordo ex DGR 2051/15.10.2010) (€1.500.000)			
	<i>Area vasta giuliano-isontina</i>	464.490,00		Strutture private accreditate (accordo ex DGR2051/2010)
	<i>Area vasta udinese</i>	656.021,00		
	<i>Area vasta pordenonese</i>	379.489,00		
20	Attuazione previsione Legge regionale 7/2009 (Liste d'attesa - 2.500.000€)			
	<i>Area vasta giuliano-isontina</i>	778.333,00	ASS1	Intervento specifico (LR 7/2009)
	<i>Area vasta udinese</i>	1.093.333,00	ASS4	
	<i>Area vasta pordenonese</i>	628.333,00	ASS6	
21	Variazione Tariffa Unica Convenzionale (TUC) su attività extraregionale strutture private (art. 1, comma 171, L.30/12/2004, n.311)			
	<i>Area vasta giuliano-isontina</i>	306.020,08	ASS1	Strutture private accreditate (applicazione art. 1, comma 171, L.30/12/2004, n.311e accordo ex DGR 2051/2010)
	<i>Area vasta udinese</i>	1.269.658,05	ASS4	
	<i>Area vasta pordenonese</i>	2.208.288,29	ASS6	
22	Risorse aggiuntive regionali per il personale dipendente del SSR (2.016.286,13 euro per il comparto, 692.630,00 euro per la dirigenza e 381.000,00 euro per il 118)	3.089.916,13	ASS3	Gestione del personale
<b>Totale sovraziendali 2014</b>		<b>42.781.654,00</b>		

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

### C1) INDICATORI DI EROGAZIONE LEA

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%
4.a	PREVENZIONE: Inviti al programma di screening della cervice uterina	≥ 95%
4.b	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	≥ 50%
5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	≥ 60%
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	≥ 50%
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 ≤ 600
14.a	PQI 3 - Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	
14.b	PQI 1 - Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	
14.c	PQI 14 - Ospedalizzazione per diabete non controllato	
14.d	PQI 16 - Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici	
14.e	PQI 5 - Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)	
14.f	PQI 8 - Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca	
14.g	PQI 11 - Ospedalizzazione per polmonite	
14.h	PQI 12 - Ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie	
14.i	PQI 15 - Ospedalizzazione per asma	
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio infermieristico domiciliare	≥ 4%
16	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio riabilitativo domiciliare	*
17	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti	*

18	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6
19	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) Numero di utenti in carico alla rete aziendale di cure palliative Ospedalizzazione per sintomi non controllati in utenti controllati	*
20	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤13,6 %
21	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5
22	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10
23	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	*
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥36%
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatezza (Patto della salute 2010-2012)	*
27	Percentuale parti cesarei	<30%
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	*
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	≤6
30	Indice di case mix	*
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	*
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici	*
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	*

34	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	90%
35	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 95%
36	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	≥ 90%
37	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18'

Nota: \* Standard Regionale in fase di definizione

## C 2 ) INDICATORI PER MEDICINALI A BREVETTO SCADUTO

**Si riportano gli obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto** come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

Percentuale di prescrizioni rispetto al totale di categoria:

N.	Indicatore	TARGET Obiettivo * gen-sett. 2013	Valore medio Regionale gen-sett. 2013
F1	sartani non associati (C09CA)	79,3%	67,17%
F2	sartani associati a diuretici (C09DA)	60,6%	52,86%
F3	statine (C10AA)	82,80 %	75,07%
F4	agonisti selettiva dei recettori 5HT1 (N02CC)	30,40%	25,41%
F5	altri antiepilettici (N03AX)	69,70%	60,09%
F6	SSRI (N06AB)	78,60	69,34%
F7	altri antidepressivi (N06AX):	57,20%	43,54%
F8	adrenergici e altri farmaci per disturbi ostruttivi (R03AK)	13,60 %	8,53%

Nota: \* I valori potranno variare in funzione di eventuali nuove scadenze brevettuali come aggiornato sul portale Tessera Sanitaria (TS).