

DGR 2843 dd. 24.11.2006

**PREMESSO** che la legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, recante “*Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale*” è volta a valorizzare il ruolo degli enti locali nei processi di programmazione e verifica in materia sanitaria e sociosanitaria, a promuovere la partecipazione, a detti processi, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni dei cittadini, delle loro associazioni rappresentative, delle altre parti sociali e dei soggetti appartenenti al terzo settore ed anche a consolidare e sviluppare l'integrazione sociosanitaria. In particolare:

- l'articolo 7, comma 1, lettera a) dispone che, in attuazione ai principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nella legge 8 novembre 2000, n. 328 e nella legislazione regionale di settore, il Piano sanitario e sociosanitario regionale è previsto quale strumento della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale;
- l'articolo 8 stabilisce che il Piano sanitario e sociosanitario, di durata triennale, definisce, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, le strategie regionali in materia di sanità e di integrazione sociosanitaria;

**VISTE** le leggi regionali che contengono i principi, gli obiettivi ed i criteri organizzativi dei servizi sanitari regionali e segnatamente:

- L.R. 27 febbraio 1995, n. 13 recante “*Revisione della rete ospedaliera regionale*”;
- L.R. 19 dicembre 1996, n. 49 recante “*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria*”;
- L.R. 9 settembre 1997, n. 32 recante “*Modifica dell'assetto del dipartimento dei servizi sociali di cui alla legge regionale 1 marzo 1988, n. 7 e altre norme in materia di sanità ed assistenza*”;
- L.R. 19 maggio 1998, n. 10 recante “*Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali*”;

**VISTI**, altresì:

- il Piano sanitario nazionale 2006-2008, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006;
- il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, di cui all'intesa 23 marzo 2005, emanata dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

**RILEVATO** che il “*Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002*”,

di cui alla deliberazione giuntale 9 marzo 2001, n. 734, tuttora in vigore, non è più rispondente alle nuove problematiche della realtà sanitaria regionale e che, pertanto, vi è la necessità di assumere un nuovo Piano sanitario e sociosanitario regionale;

**RICHIAMATA** la deliberazione giuntale 20 dicembre 2001, n. 4462, recante “*Intervento sulla sanità regionale*”, con la quale l’Amministrazione regionale conferma gli obiettivi indicati dalla normativa pianificatoria regionale, in particolare dalla L.R. 13/1995 e dalla D.G.R. 734/2001, *citt.*;

**DATO ATTO** che il Piano strategico regionale, di cui alla deliberazione giuntale 11 marzo 2005, n. 471, prevede, tra le finalità e gli obiettivi strategici, l’elaborazione del nuovo Piano sanitario e sociosanitario regionale che vada a sostituire il precedente, ormai scaduto nel 2002, al fine di assicurare efficaci indirizzi per la promozione della salute e del benessere, in particolare attraverso:

- il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita della popolazione;
- il potenziamento della prevenzione, della sanità pubblica territoriale e delle cure intermedie, conferendo centralità al distretto;
- la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, articolata per funzioni e per area vasta, con definizione delle relazioni tra i nodi della rete;
- la modificazione dell’assetto istituzionale ed organizzativo del sistema, al fine di conseguire economie di scala e di gestione;

**ATTESO** che l’iter per l’approvazione della programmazione sanitaria e sociosanitaria per il triennio 2006-2008 ha preso avvio tenuti conto gli strumenti di programmazione di cui all’articolo 7, comma 1, della L.R. 23/2004, *cit.*, nonché i piani di carattere settoriale, di cui all’articolo 8, comma 1, lettera d), della medesima legge regionale, nel frattempo adottati, ed in particolare:

- “*Progetto obiettivo materno-infantile e dell’età evolutiva*”, di cui alla deliberazione giuntale 29 novembre 2004, n. 3235, come rettificata dalla deliberazione giuntale 4 marzo 2005, n. 433;
- “*Piano regionale della riabilitazione*”, di cui alla deliberazione giuntale 24 marzo 2005, n. 606;
- “*Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del piano di zona (PDZ)*”, di cui alla deliberazione giuntale 29 novembre 2004, n. 3236;

**RISCONTRATO** che, nel corso della predisposizione del progetto di Piano sanitario e sociosanitario regionale:

- sono stati adottati i seguenti documenti di coordinamento e di indirizzo:
  - “*Protocollo di intesa tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l’Università degli studi di Trieste*”, approvato con deliberazione giuntale 29 dicembre 2005, n. 3438
  - “*Protocollo di intesa tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l’Università degli studi di Udine, propedeutico alla costituzione dell’azienda*”

- ospedaliero-universitaria di Udine*”, approvato con deliberazione giunta 29 dicembre 2005, n. 3439;
- “*Linee di indirizzo per lo sviluppo triennale del sistema informativo socio sanitario regionale*” approvate con deliberazione giunta 29 dicembre 2005, n. 3434;
  - “*Modalità di finanziamento del programma degli investimenti nel servizio sanitario regionale*”, di cui alla deliberazione giunta 5 maggio 2006, n. 901;
  - “*Accordo Stato-Regioni 23/03/2005 - Piano regionale triennale della prevenzione - seconda parte*”, approvato con deliberazione giunta 1° giugno 2006, n. 1177;
  - “*Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006*” approvato con deliberazione giunta 30 giugno 2006, n. 1509;
  - “*Terzo piano sangue e plasma regionale per il triennio 2006 – 2008*”, approvato con deliberazione giunta 29 settembre 2006, n. 2267;
  - “*Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nell'anno 2006*”, di cui alla deliberazione giunta 12 dicembre 2005, n. 3223, che costituisce l'attuale riferimento per la gestione delle aziende sanitarie regionali;
  - sono state approvate le seguenti leggi regionali, di interesse specifico:
    - L.R. 10 agosto 2006, n. 14, recante “*Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico <<Burlo Garofolo>> di Trieste e <<Centro di riferimento oncologico>> di Aviano*”;
    - L.R. 31 marzo 2006, n. 6, recante “*Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*”;
    - L.R. 7 luglio 2006, n. 11, recante “*Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità*”;

**PRESO ATTO** che, conformemente a quanto convenuto nel Protocollo d'intesa dell'11 maggio 2004, sottoscritto dall'Assessore regionale alla salute e protezione sociale e dalle organizzazioni sindacali confederali regionali per lo sviluppo dei temi sviluppati nel progetto di Piano, si è avviata l'attività concertata ed, in particolare, è stato coinvolto il gruppo di lavoro tecnico, di cui all'articolo 1, comma 12 della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 recante “*Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali*”;

**PRESO ATTO**, altresì, che, con nota, prot. n. 08931 III 5, del 31 marzo 2006, l'Università degli studi di Udine ha espresso, come previsto dall'articolo 3, comma 3, del surrichiamato Protocollo d'intesa, approvato con D.G.R. 3439/2005, *cit.*, il parere e le proprie osservazioni sul progetto di Piano sanitario di cui in argomento;

**RICHIAMATI:**

- l'articolo 8, comma 3, della L.R. 23/2004, *cit.*, in base al quale il Piano sanitario e sociosanitario regionale è adottato con deliberazione giunta,

sentite la competente Commissione consiliare e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale;

- l'articolo 1, comma 14, del D.Lgs 502/1992, *cit.*, che dispone l'acquisizione, preliminare alla adozione del Piano in argomento, del parere del Ministro della salute, per quanto attiene alla coerenza del Piano regionale con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale;
- la deliberazione giuntale 12 dicembre 2005, n. 3222 recante "*LR 23/2004, artt. 7 e 8. Approvazione del progetto di Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008*", con la quale è stato approvato il progetto di Piano sanitario e sociosanitario regionale ed è stato affidato, contestualmente, all'Assessore alla salute e protezione sociale l'incarico di provvedere ad acquisire, ai fini dell'approvazione definitiva del Piano in argomento, il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, nonché quello del Ministero della salute;

**RILEVATO** che:

- la III Commissione permanente, nella seduta del 20 ottobre 2006, ha espresso, a maggioranza, parere favorevole alla D.G.R. 3222/2005, *cit.*, con le modifiche e integrazioni presentate alla Commissione medesima;
- la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, nella seduta del 25 settembre 2006, ha espresso, a maggioranza, parere favorevole all'adozione del Piano in argomento;
- il Ministero della salute ha espresso, con lettera, prot. n. DGPROG/2-P/4359, del 27 febbraio 2006, parere favorevole all'approvazione del progetto di Piano sanitario della regione Friuli Venezia Giulia per il triennio 2006-2008;

**PRECISATO** che gli obiettivi individuati nel Piano in argomento dovranno essere attuati, in relazione a ciascun anno indicato nel Piano medesimo, in conformità con le disposizioni nazionali di riferimento in materia finanziaria, attraverso gli strumenti della programmazione annuale, di cui alla legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, recante "*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria*";

**TUTTO CIÒ PREMESSO**, la Giunta regionale su proposta dell'Assessore alla salute e protezione sociale all'unanimità

**DELIBERA**

1. è approvato il "*Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2006-2008*", di cui all'allegato n. 1 "*Testo del Piano*" ed allegato n. 2 "*Schede di ospedale*", che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
2. il documento *sub* punto 1 sarà pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione.



**Direzione centrale salute e  
protezione sociale**

# **PIANO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE**

**2006-2008**

(ex articolo 7 L.R. 23 del 29 luglio 2004)

**Documento N.1 di 2 - Testo del Piano**

Ottobre 2006

## Elenco delle abbreviazioni

ADE	Area dell'emergenza
ADI	Assistenza domiciliare integrata
ADL	<i>Activities Daily Living</i>
AFIR	Assistenza farmaceutica integrativa
AoCo	Aorto coronarico
AORTS	Azienda ospedaliera Ospedali riuniti di Trieste
AOUUD	Azienda Ospedaliero – Universitaria di Udine
ARPA	Agenzia regionale per la protezione ambientale
ARS	Agenzia regionale della sanità
ASS	Azienda per i servizi sanitari
AV	Area vasta
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
CC	Complicazioni
CCNL	Contratto collettivo nazionale di lavoro
CRO	Centro di riferimento oncologico
CPAR	Consorzio provinciale assistenza e riabilitazione
CSC	Centro servizi condivisi
CSM	Centro di salute mentale
CUP	Centro unificato di prenotazione
DA	Direzione amministrativa
DAI	Distretto alto isontino (Gorizia/Cormons)
DALYs	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DBI	Distretto basso isontino (Monfalcone(Grado)
DCSPS	Direzione centrale salute e protezione sociale
DD	Dipartimento per le dipendenze
DDD	Dose definita die
DGR	Delibera di Giunta regionale
DH	Day hospital
DIP	Dipartimento di prevenzione
DO	Degenza ordinaria
DRG	<i>Diagnosis related group</i>
DS	Direzione sanitaria
DSM	Dipartimento salute mentale
ECG	Elettrocardiogramma
ECO	Ecografia
EMG	Elettromiografia
EMH	Equipe multidisciplinare dell'handicap
EE.LL.	Enti locali
FRENESYS	Friuli Venezia Giulia <i>regional network system</i>
FSN	Fondo sanitario nazionale
FSR	Fondo sanitario regionale
FVG	Friuli Venezia Giulia
GR	Giunta Regionale
HCV	Virus dell'epatite C
HH	Ospedali
IADL	<i>Instrument Activities Daily Living</i>
IMFR	Istituto di medicina fisica riabilitativa
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
IRSSSES	Istituto regionale per gli studi di servizio sociale
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
IVG	Interruzione volontaria di gravidanza
L.	Legge
L.R.	Legge regionale
LL.GG.	Linee guida
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LEP	Livelli essenziali di prestazione
MET	Medici della emergenza territoriale
MMG	Medici di medicina generale

OMS	Organizzazione mondiale della sanità
OOSS	Organizzazioni sindacali
OPG	Ospedale psichiatrico giudiziario
ORL	Otorinolaringoiatria
OTA	Operatore tecnico di assistenza
PA	Pressione arteriosa
PAP test	Prelievo ed analisi citologica collo dell'utero
PAT	Programmi delle attività territoriali
PDZ	Piani di zona
PET	Tomografia ad emissione di positroni
PIL	Prodotto interno lordo
PIMT	Piano di intervento a medio termine
P.L.	Posti letto
PLS	Pediatri di libera scelta
PMP	Presidio multizonale di prevenzione
PRISS	Piano regionale interventi e servizi sociali
PRUO	Protocollo per la revisione dell'utilizzo degli ospedali
PS	Pronto soccorso
RMN	Risonanza magnetica nucleare
RSA	Residenza sanitaria assistenziale
SAD	Servizi di assistenza domiciliare
SERT	Servizio tossicodipendenze
SIASA	Sistema informativo regionale sull'attività specialistica ambulatoriale
SID	Servizio infermieristico domiciliare
SIE	Sistema informativo epidemiologico
SISG	Sistema informativo sanitario di governo
SPDCO	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliera
SRD	Servizio riabilitativo domiciliare
SSR	Servizio sanitario regionale
SWOT	Analisi dei punti di forza ( <i>strengths</i> ), di debolezza ( <i>weaknesses</i> ), delle opportunità ( <i>opportunities</i> ) e delle minacce ( <i>threats</i> )
TAC	Tomografia assiale computerizzata
TUC	Tariffa Unica Convenzionale
TI	Terapia Intensiva
TSO	Trattamento sanitario obbligatorio
UCAD	Unità di coordinamento delle attività distrettuali
UCIC	Unità cura intensiva coronarica
UDMG	Ufficio distrettuale per la medicina generale
UO	Unità operativa
URP	Ufficio relazioni con il pubblico
UTAP	Unità territoriale assistenza primaria
UVD	Unità di valutazione distrettuale
VMD	Valutazione multidimensionale

## Indice

Elenco delle abbreviazioni	II
Indice	IV
Presentazione, percorso e sintesi dei contenuti	VII
Capitolo 1 – I principi fondanti del Piano	1
Missione	1
Valori	1
Visione	2
Capitolo 2 – I problemi e gli obiettivi di salute	4
I problemi	4
I problemi della cura e dell'assistenza	5
Malattie ad insorgenza acuta	6
Malattie neoplastiche	6
Malattie a lungo termine (cronicità)	6
Recupero funzionale	7
Disabilità e non autosufficienza	7
Fasi finali della vita	9
Malattie reumatiche	9
La promozione della salute ed i problemi del rischio individuale e collettivo	9
Rischi associati a comportamenti individuali e stili di vita	10
Condizioni sociali ed economiche	10
Rischi associati all'ambiente ed ai luoghi di vita	11
Obiettivi generali di salute	11
Il punto di vista del cittadino – valutazione esterna del servizio sanitario regionale	13
Capitolo 3 – I problemi e gli obiettivi dell'offerta	15
I problemi e gli obiettivi dell'offerta	15
Assi strategici di intervento sull'offerta e sul riorientamento delle risorse	17
Capitolo 4 – Ridefinire l'assetto organizzativo del SSR e le dimensioni territoriali della programmazione attuativa	20
Il nuovo ruolo del Distretto e la programmazione attuativa (PAT / PdZ)	21
Il Distretto	21
Organizzazione	22
Aspetti gestionali	22
Il confine tra ospedale e territorio	23
La dimensione territoriale ed aziendale della programmazione attuativa: l'area vasta	24
Accordi	26
La strutture ospedaliere	27
Aziende titolari	27
Aziende coordinatrici	27
Dipartimenti	27
Strutture di governo regionale	29
Schede di sintesi del riassetto organizzativo	30
Capitolo 5 – Potenziare la prevenzione, la sanità pubblica territoriale e le cure intermedie conferendo centralità al distretto	31
L'investimento nella prevenzione e promozione della salute	31
La partecipazione	34
L'integrazione con le strutture operative aziendali	35
L'organizzazione interna del Dipartimento di prevenzione	35
Le attività di promozione della salute	36
L'orientamento proattivo dei servizi	36
Lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria	37
Lo sviluppo di comunità	37



Capitolo 6 – Il potenziamento dell'assistenza territoriale	39
Assistenza distrettuale	39
L'organizzazione del distretto	39
Il punto unico di accesso per il miglioramento della "presa in carico"	40
Lo sviluppo e la riqualificazione delle unità multiprofessionali di progetto	41
Il progetto personalizzato	42
Il coordinatore dei casi ( <i>case manager</i> )	43
Azioni innovative	43
Assistenza sanitaria di base (MMG e PLS)	44
Assistenza farmaceutica	46
Assistenza specialistica ambulatoriale	47
Tempi di attesa	48
Assistenza domiciliare	50
Il servizio infermieristico domiciliare	50
Il servizio riabilitativo domiciliare	51
Assistenti familiari straniere ( <i>badanti</i> )	52
Abitare protetto	52
Assistenza residenziale a breve periodo (RSA)	53
Assistenza alle persone nella fase terminale della vita	53
Assistenza alle persone anziane	54
Assistenza semi-residenziale	55
Assistenza residenziale a lungo periodo	55
Assistenza alle persone disabili	56
Assistenza materno infantile e dell'età evolutiva	58
Assistenza alle persone con problemi psichiatrici: il Dipartimento di Salute Mentale	59
La risposta all'urgenza-emergenza: i servizi psichiatrici di diagnosi e cura	60
Accoglimento della domanda, presa in carico sul territorio: i Centri di Salute Mentale	60
L'attività riabilitativa	62
Assistenza a persone con problemi di dipendenza	64
Fondo per l'autonomia possibile	65
Schede di sintesi per l'assistenza territoriale	67
Capitolo 7 – Riorganizzare la rete ospedaliera regionale articolandola per funzioni e per area vasta	69
La rete ospedaliera	69
Le strutture della rete ospedaliera	72
Le relazioni tra i nodi della rete, le priorità regionali di intervento e le funzioni	78
Le relazioni a livello regionale	78
Le relazioni tra i nodi della rete	79
Gli interventi prioritari per il triennio 2006-2008	79
Le linee di indirizzo per l'area vasta	85
Le schede di ospedale per funzione (documento in allegato)	88
I rapporti tra Regione ed Università	88
IRCCS	89
Ospedali ed ambulatori privati già temporaneamente accreditati	90
Situazione attuale e prospettive di sviluppo	90
La strategia	91
I livelli di intervento	92
Tempi di attesa	93
Commissione mista Pubblico – Privato	94
La crescita di attività	94
Capitolo 8 – Gli investimenti	95
Indirizzi generali	95
Investimenti di rilievo regionale: il programma delle opere edilizie	95
Investimenti di rilievo regionale: le tecnologie	97
Investimenti di rilievo aziendale	98
Le risorse	98
Capitolo 9 – Le risorse	99
I nuovi criteri di riparto	99
Aziende territoriali	99

Aziende ospedaliere ed ospedali inseriti nelle aziende territoriali	99
Il fabbisogno finanziario per il triennio, l'allocazione ed il recupero di risorse	101
Capitolo 10 – Altri interventi programmati	104
Donazione – trapianto	104
Reumatologia	104
Malattie allergiche e immunologiche	105
Malattie rare	106
Medicina dello sport	106
Salute migranti	107
Assistenza protesica	108
Disturbi del comportamento alimentare	108
Capitolo 11 – Le azioni strumentali	110
Sistema informativo sanitario regionale	110
Politiche del personale	112
La condivisione delle strategie, la conoscenza degli obiettivi e la comunicazione	112
L'atto aziendale e gli incarichi di posizione	112
La valorizzazione delle professioni sanitarie	113
Il personale tecnico amministrativo	113
Il raccordo e la coerenza con gli obiettivi di Piano	114
La gestione dei fondi contrattuali	114
Il miglioramento del clima interno e l'incremento del valore non tangibile del personale	115
Fabbisogno di personale da formare e attività integrate con l'Università	115
Formazione continua e sistema ECM regionale	116
Piano della formazione degli Operatori Socio Sanitari	117
Accreditamento	118

## PRESENTAZIONE, PERCORSO E SINTESI DEI CONTENUTI

La programmazione sanitaria e sociosanitaria 2006-2008 si colloca a valle delle disposizioni della L.R. 23/2004, articolo 7 comma 1 e successivo articolo 8, che definisce la validità triennale del Piano sanitario e sociosanitario regionale ed i suoi contenuti che sono:

- gli obiettivi di salute e relativi indicatori di verifica,
- i livelli essenziali di assistenza,
- gli interventi di riordino dei servizi (per rispondere alle esigenze specifiche della popolazione e per conseguire maggior efficienza, efficacia ed economicità nell'uso delle risorse disponibili),
- i piani settoriali,
- i progetti obiettivo sociosanitari,
- gli indirizzi per orientare il sistema verso il governo clinico, l'appropriatezza, la qualità, la medicina basata sulle prove, la formazione di base e la formazione congiunta con il settore sociale,
- l'ammontare delle risorse ed i criteri di riparto,
- le risorse destinate agli investimenti edilizi ed i criteri di assegnazione.

I contenuti del Piano derivano dal documento "La strategia del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2005-2007" presentato alle forze politiche e sociali ed alle organizzazioni sindacali nel settembre 2004 che definiva 3 assi strategici: potenziare la sanità pubblica territoriale, ridefinire la rete ospedaliera organizzandola per funzioni regionali, riprogettare la gestione dei servizi amministrativi e di supporto per realizzare economie di scala e di gamma. Nel documento venivano anche proposti: un investimento di risorse aggiuntive per il territorio (finalizzato a sostenere l'autonomia possibile delle persone anziane e non autosufficienti ed a controllare i processi di istituzionalizzazione e di esclusione sociale), lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e di responsabilizzazione della dirigenza, la valorizzazione dell'Area vasta come strumento di attuazione della pianificazione regionale e la elaborazione di strategie di comunicazione che sviluppino un processo di partecipazione e responsabilizzazione del cittadino alla promozione della salute.

L'elaborato tiene conto anche delle disposizioni contenute nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 e di una serie di normative regionali recentemente emanate che sono di seguito riportate.

Nel corso del 2004 è avvenuta l'approvazione definitiva del Progetto obiettivo materno infantile e la prima approvazione del Piano regionale della riabilitazione (approvato poi definitivamente nel 2005). Il citato documento del settembre 2004, questi ultimi 2 elaborati ed altri elementi programmatici, hanno costituito la base per la elaborazione del documento approvato dalla Giunta regionale il 29 novembre 2004 "Linee per la gestione del SSR nel 2005", che costituisce riferimento per la gestione attualmente in corso da parte delle Aziende sanitarie che nel giugno 2005 e successivamente hanno presentato i Piani aziendali triennali della riabilitazione. Con il gennaio 2005 è iniziata l'attività del Centro servizi condivisi secondo un programma triennale 2005-2007 che prevede la concentrazione di funzioni amministrative e di supporto.

Nel novembre 2004 la G.R. ha approvato anche due documenti di indirizzo per la elaborazione dei PAT e dei PDZ che orientano il sistema salute e protezione sociale a gestire i servizi attraverso progetti personalizzati che richiedono una sede unica di valutazione congiunta, a strutturare punti unici di accesso per i servizi sociosanitari e, come ulteriore elemento di indirizzo, ad attivare interventi a contrasto della istituzionalizzazione. Su questi aspetti i distretti e gli ambiti stanno sviluppando la loro programmazione sociosanitaria integrata per il 2006-2008.

L'Amministrazione regionale e la Direzione centrale salute e protezione sociale hanno predisposto i rispettivi documenti di pianificazione strategica 2005-2008 che rappresentano l'intero corso della legislatura. La DCSPS, in particolare, ha sviluppato un documento di pianificazione che contiene obiettivi e risorse, nonché un Piano operativo annuale 2005 (che contiene una parte consolidata ed una parte strategica) che rappresentano articolazioni di dettaglio dei contenuti strategici di programmazione.

Nel corso del 2005 è già stato approvato il documento "Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale" (documento con cui le aziende stanno definendo la loro organizzazione interna), nel marzo 2006 è stata approvata la L.R. n. 6 Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, sono in elaborazione il Piano regionale degli interventi e servizi sociali 2006-2008, ed altri atti di amministrazione e programmazione tra cui il progetto di riclassificazione delle residenze protette per anziani. E' stata costituita l'Azienda ospedaliero universitaria di Udine sulla base del protocollo Regione/Università di Udine già sottoscritto mentre a Trieste è stata già costituita l'Azienda ospedaliero universitaria che è disciplinata dal protocollo Regione/Università di Trieste. E' disponibile, inoltre, la prima "Relazione sullo stato di salute della popolazione" di cui all'articolo 7 della L.R. 23/2004.

Il presente piano è stato rielaborato in base alle osservazioni emerse dopo una prima fase di approfondimento e consultazione sul documento cosiddetto "Prima fase" (contenente l'analisi dello stato dell'arte, la strategia ed i macroobiettivi di medio termine) presentato nell'agosto 2005, che ha coinvolto i rappresentanti della maggioranza del Consiglio regionale, le organizzazioni sindacali, l'intersindacale medica, i Direttori generali delle aziende sanitarie regionali ed il gruppo tecnico nominato dalla conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Tenendo conto dello scenario appena descritto, il presente documento si caratterizza dunque per i seguenti elementi:

- è redatto secondo i dettami della L.R. 23/2004
- ha validità per il triennio 2006-2008
- recepisce i contenuti del documento "La strategia del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2005-2007" del settembre 2004
- è coordinato con le linee guida per l'elaborazione dei PAT/PDZ (indirizzo triennale)
- è derivato, per quanto riguarda l'impostazione ed il metodo, dal Piano strategico regionale nel suo complesso
- è allineato con il piano strategico, il piano triennale ed il piano operativo annuale della DCSPS, e quindi è strumento attuativo della strategia regionale
- tiene conto della programmazione nazionale (Piano sanitario nazionale 2003-05 e Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007) e regionale (P. Riabilitazione, P. obiettivo Materno infantile, Principi e criteri Atto aziendale)

- definisce i principi ed i criteri per la elaborazione dei progetti obiettivo (salute mentale, disabilità, anziani, dipendenze) che saranno elaborati successivamente e rinvia a questa fase la definizione degli specifici Livelli essenziali di assistenza sociosanitari e le modalità attuative dell'integrazione
- definisce i principi ed i criteri per la elaborazione dei Piani settoriali previsti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 relativi al Piano nazionale della prevenzione (malattie cardiovascolari, diabete, vaccinazioni, screening oncologici, obesità, incidenti stradali, infortuni sui luoghi di lavoro, incidenti domestici) che verranno approvati con deliberazioni separate in dipendenza del calendario e delle indicazioni specifiche del Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie
- definisce i principi e criteri per la elaborazione di piani settoriali della programmazione regionale come il Piano Sangue e Plasma regionale ed il Piano triennale per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo
- grazie al continuo confronto con i contenuti dei PdZ in via di elaborazione ed in considerazione dei continui scambi di informazioni e programmi con l'area sociale, è redatto coerentemente con i contenuti del Piano regionale degli interventi e servizi sociali 2006-2008 in fase di elaborazione a garanzia della integrazione con i temi sociali non solo per l'area sociosanitaria ma anche per l'insieme delle attività che caratterizzano i due sistemi
- i contenuti di questo documento sono stati già presentati per una prima valutazione alle due Università del FVG con le quali, parallelamente, si è pervenuti alla definizione dei protocolli d'intesa per l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende ospedaliero universitarie di Udine e Trieste.

## **I principali cambiamenti che intende determinare l'attuazione del Piano sono:**

1. Il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita nel FVG con le attività di promozione della salute, l'orientamento del sistema alla prevenzione ed al territorio, l'integrazione sociosanitaria e lo sviluppo di comunità. Il perseguimento di questi obiettivi costituisce investimento per la società in quanto favorisce la crescita e lo sviluppo.
2. L'innovazione organizzativa del sistema, che è motivata dai recenti cambiamenti normativi regionali (nuova programmazione sociosanitaria, potenziamento dei distretti, sviluppo della rete ospedaliera, costituzione delle aziende ospedaliere universitarie, istituzione del CSC) e che, attraverso la programmazione per area vasta, è tesa a garantire la continuità assistenziale e lo sviluppo delle relazioni tra i nodi della rete ospedaliera. La necessità di far relazionare tra loro acquirenti e produttori e di garantire uniformi livelli di assistenza nelle realtà distrettuali può altresì rappresentare un passaggio coerente con l'esigenza di procedere alla semplificazione istituzionale prevista nei programmi strategici della Regione. Questi ultimi prevedono di individuare un nuovo assetto istituzionale, organizzativo e gestionale al fine di migliorare il governo del sistema, previo coinvolgimento di tutti i soggetti del Sistema e con idoneo approfondimento sulla fattibilità. Data la rilevanza ed il livello delle modifiche istituzionali necessarie per definire il nuovo assetto del SSR, si prevedono interventi legislativi che non possono essere oggetto del presente Piano.
3. Il potenziamento dell'assistenza territoriale in termini di offerta (risorse) e di riorientamento dell'attività verso obiettivi prioritari (anziani, contrasto all'istituzionalizzazione) conferendo centralità al distretto che dovrà avere un orientamento proattivo dei servizi, operare in forma integrata con l'area socioassistenziale e promuovere lo sviluppo di comunità (disabili, minori). Saranno sviluppati il punto unico di accesso all'assistenza sociosanitaria, i sistemi di valutazione integrata multiprofessionale, i progetti personalizzati e la funzione di coordinatore dei casi. L'attivazione del fondo per l'autonomia possibile sarà armonizzata con quanto sopra. Anche per la salute mentale e le dipendenze sono previsti il potenziamento dell'offerta (risorse) e l'orientamento verso la prevenzione, l'integrazione sociosanitaria, la riabilitazione ed il reinserimento lavorativo (politiche di inclusione sociale e di sviluppo della comunità). L'attuazione degli interventi di prevenzione porterà a miglioramenti in tema di malattie cardiovascolari (interventi in soggetti a rischio e prevenzione delle recidive), obesità, diabete, infortuni sul lavoro, incidenti domestici, incidenti stradali, vaccinazioni, screening oncologici (collo dell'utero, mammella e colon retto).
4. Lo sviluppo di una rete integrata di assistenza ospedaliera (inclusente le Università, gli IRCCS ed i privati) in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni in condizioni di equiaccessibilità al sistema (compresi i tempi di attesa), perseguendo la soddisfazione degli utenti, il governo clinico, l'interdipendenza (anche a livello regionale) dei nodi della rete, la definizione di precise relazioni di area vasta, la razionalizzazione delle funzioni di laboratorio analisi, anatomia patologica, microbiologia, virologia, medicina trasfusionale e la attuazione degli indirizzi di area vasta per l'oncologia, la cardiologia, l'ortopedia e l'emergenza. Questa riorganizzazione per area vasta e per funzioni potrà essere adottata anche in altre aree funzionali in base alle valutazioni aziendali.

# CAPITOLO 1

## I PRINCIPI FONDANTI DEL PIANO

MISSIONE  
VALORI  
VISIONE

### Missione

Il Piano sanitario e sociosanitario regionale si colloca all'interno della realizzazione di più ampie e complessive strategie regionali tese a promuovere il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone. In particolare, le azioni di indirizzo, coordinamento e verifica proposte dalla pianificazione regionale in campo sanitario, sociosanitario e sociale sono orientate ad accrescere lo stato di salute della popolazione ed a conseguire/mantenere (laddove fossero già buoni) elevati standard assistenziali e di qualità di vita in rapporto al contesto centro europeo.

La tensione verso più articolate politiche di *welfare* regionale si concretizza anche nel presente documento che, benché si riferisca esclusivamente alle funzioni sanitarie e sociosanitarie, persegue il principio dell'integrazione con gli obiettivi in corso di definizione e programmazione che saranno contenuti nel Piano regionale degli interventi e servizi sociali. Questa integrazione viene esplicitata a partire dalla integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa delle politiche sociosanitarie territoriali e dai progetti obiettivo (dedicati a *target* specifici di popolazione) e verrà sviluppata dai Programmi delle attività territoriali e dai Piani di zona che di tale strategia devono dare una concretizzazione operativa locale.

### Valori

I valori su cui si basa la programmazione sanitaria e sociosanitaria, intesa quale parte integrante e sostanziale delle strategie di *welfare* regionali, sono così sintetizzabili:

1. preservare il carattere universalistico del Sistema sanitario regionale, orientato sulla centralità del governo pubblico del sistema con un ruolo integrativo della sanità privata;
2. migliorare la capacità di risposta ai bisogni, anche complessi, dei cittadini sostenendo l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la cooperazione tra i vari soggetti erogatori, la collaborazione interprofessionale e interdisciplinare, la valorizzazione dei contributi offerti dalle comunità locali;
3. perseguire l'efficienza e l'efficacia del sistema garantendo, a parità di bisogni, risposte omogenee e appropriate in tutte le aree della regione, attraverso lo sviluppo delle risorse del territorio (distretti/ambiti) e la valorizzazione della rete ospedaliera complessiva regionale anche mediante processi di riconversione interna;
4. orientare l'utilizzo delle risorse verso servizi di provata efficacia e perseguire l'efficienza nella riorganizzazione dell'offerta secondo un'ottica di razionalizzazione (non razionamento) dell'utilizzo di risorse;
5. favorire la partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini (comprese le associazioni che li rappresentano) e delle istituzioni alle scelte operando sulla comunicazione e sul coinvolgimento;

6. rendere il sistema sanitario e sociosanitario ed i Livelli essenziali di assistenza di facile accesso a tutti i livelli con regole per la fruizione dei servizi chiare, comprensibili ed esigibili;
7. operare con trasparenza pubblicando i risultati delle verifiche e dei risultati ottenuti;
8. promuovere sperimentazioni e perseguire l'innovazione gestionale e tecnologica.

## Visione

Il piano, attraverso le strategie e le azioni di seguito indicate, promuove una visione che, attuata e messa a regime, prevede:

- a) La configurazione di un sistema sanitario non solo fortemente integrato con la rete dei servizi e degli interventi sociali per costituire l'area sociosanitaria in cui mettere in comune le risorse per rispondere a bisogni complessi, ma anche in grado di interloquire attivamente con tutti i portatori di interesse per pianificare e realizzare programmi di promozione della salute finalizzati a diminuire l'insorgenza delle malattie, a prevenire l'evoluzione in forme a lungo termine, a contrastare l'istituzionalizzazione ed a garantire per le cure prestate esiti e qualità predefiniti.
- b) Lo sviluppo di un'assistenza territoriale, fortemente integrata con le strutture aziendali e con gli ospedali, debitamente potenziata, in grado di prendersi carico dei bisogni complessivi dei cittadini, soprattutto di quelli fragili, a rischio di non autosufficienza e dei non autosufficienti, dei disabili e di sostenere le famiglie che accudiscono queste persone, anche in sinergia con altri soggetti istituzionali e con il III settore, per garantire l'erogazione di servizi efficaci in rapporto alle condizioni specifiche della persona e la elaborazione di progetti personalizzati di cura e di assistenza per i bisogni più complessi. I Distretti ed i Comuni costituiti in Ambiti, operando in forma integrata e con punti unici di accesso in un'ottica di valutazione congiunta, sono eletti a garanti degli esiti dei servizi, prestazioni ed interventi erogati e dell'adeguatezza delle strutture e dei percorsi, in un'ottica di riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione ed all'ospedalizzazione non appropriata.
- c) Il ridisegno delle strutture ospedaliere, valorizzando il ruolo degli ospedali della rete regionale secondo un'ottica volta ad assicurare sia maggiori standard di sicurezza e di qualità, sia economie di scala e di gamma. Gli ospedali vengono indirizzati ad operare in modo fortemente integrato tra loro e con il territorio, superando campanilismi e frammentazioni. Ai cittadini vengono garantiti, secondo protocolli predefiniti, sia l'accesso alle prestazioni innovative e ad alto costo, sia l'erogazione in tempi adeguati di tutte le cure appropriate rispetto alle specifiche condizioni cliniche, nonché esiti in linea con quelli riportati dalla ricerca scientifica. Gli ambienti e le strutture sono resi confortevoli e adeguati a rispettare i requisiti minimi per l'accreditamento. L'ospitalità alberghiera e la vita di relazione muovono dal rispetto della persona e della qualità della vita anche durante il periodo di ricovero ospedaliero. Questi concetti valgono anche per le strutture residenziali, semiresidenziali e per il territorio in genere.
- d) Lo sviluppo di soluzioni in merito al problema dell'adeguatezza e dell'utilizzo delle risorse, posto che il trend di crescita dei costi del sistema sanitario risulta superiore al tasso di crescita del PIL e che l'invecchiamento della popolazione che caratterizzerà il quadro demografico nei prossimi anni, accentuerà ulteriormente questo fenomeno. Parallelamente, il sistema sanitario e



sociosanitario (considerato come un sistema unico da un punto di vista funzionale) viene orientato ad un migliore utilizzo delle risorse con modifiche organizzative nell'erogazione dei servizi (tempestività, trasparenza, condivisione, verifica) e con economie di scala. Infine, vengono adottati nuovi modelli di assegnazione e di riparto per assicurare, nell'ambito della strategia complessiva, maggiore equità nella distribuzione territoriale delle risorse stesse in rapporto ai bisogni.

- e) La definizione puntuale degli investimenti in ricerca, innovazione, sviluppo, formazione, tese a valorizzare e ad orientare le competenze e conoscenze del patrimonio strutturale e scientifico esistente in Friuli Venezia Giulia (IRCCS, Università, Area di ricerca ecc.) al fine di capitalizzare i risultati già ottenuti e di riorientare le attività in aree critiche e prioritarie per la Regione nonché per integrare fortemente le attività e le risorse con quelle del SSR. La sperimentazione di forme innovative di assistenza e di *welfare* e la diffusione e condivisione dei risultati di eccellenza nell'ambito della collaborazione internazionale.
- f) Il collegamento delle varie istituzioni presenti sul territorio attraverso una rete informatica strutturata per dialogare con il cittadino in forma semplice, immediata e trasparente, risolvendo tempestivamente i problemi di ogni giorno e limitando il ricorso alla burocrazia ed alla delega della responsabilità.
- g) La ricerca e lo sviluppo di condizioni di benessere sul posto di lavoro valorizzando l'apporto individuale di ogni operatore del sistema, garantendo il conseguimento di adeguati livelli di preparazione e formazione professionale rispetto al ruolo ricoperto nell'organizzazione, la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e la configurazione di situazioni ambientali in grado di favorire l'integrazione sociale e culturale degli operatori tra territorio, ospedali ed altre istituzioni.

In conformità a questi riferimenti (missione, valori, visione), mediante l'analisi dello stato dell'arte con i relativi punti di forza e di debolezza nonché con le opportunità e le minacce (vedi documento "Stato dell'arte e criticità"), è stato possibile definire concretamente la strategia che sarà realizzata nel prossimo triennio per svolgere la missione definita secondo i principi ed i valori appena enunciati.

I PROBLEMI

I PROBLEMI DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA

*MALATTIE AD INSORGENZA ACUTA*

*MALATTIE NEOPLASTICHE*

*MALATTIE A LUNGO TERMINE (CRONICITÀ)*

*RECUPERO FUNZIONALE*

*DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA*

*FASI FINALI DELLA VITA*

*MALATTIE REUMATICHE*

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ED I PROBLEMI DEL RISCHIO INDIVIDUALE E COLLETTIVO

*RISCHI ASSOCIATI A COMPORTAMENTI INDIVIDUALI E STILI DI VITA*

*CONDIZIONE SOCIALI ED ECONOMICHE*

*RISCHI ASSOCIATI ALL'AMBIENTE E AI LUOGHI DI VITA*

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE

IL PUNTO DI VISTA DEL CITTADINO – VALUTAZIONE ESTERNA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

## I problemi

La questione fondamentale da porre al centro della programmazione strategica è l'identificazione dei problemi di salute con i quali il sistema sociosanitario intende in via prioritaria confrontarsi nell'arco del prossimo triennio. Questi problemi di salute corrispondono ai bisogni di assistenza della popolazione o di gruppi specifici di popolazione e ai rischi associati alle condizioni ambientali, sociali e comportamentali.

Il piano individua gli argomenti su cui sollecitare l'attenzione delle aziende e sui quali indirizzare la programmazione locale ad approfondire le caratteristiche specifiche del bisogno, gli ambiti di intervento e le modalità della risposta. In una simile prospettiva i problemi individuati in questa sezione del piano devono rappresentare la base per un confronto con le comunità locali e con i fornitori di servizi, sociali e sanitari, al fine di consentire, da un lato, una precisa identificazione dei problemi e la migliore organizzazione delle risorse, dall'altro, correzioni, integrazioni o modifiche nella lettura regionale dei bisogni e della loro rilevanza a livello regionale.

In una Regione che nel complesso garantisce livelli elevati di tutela del cittadino, soprattutto in condizioni acute di malattia, è però possibile identificare alcune situazioni critiche specie sul versante territoriale che richiedono un tempestivo intervento. Esse sono in parte collegate al mutato profilo demografico della popolazione, della sua cultura e del suo insediamento territoriale, in parte a disomogeneità e a persistenti carenze nel sistema dei servizi.

Una valutazione preliminare dei problemi di salute è stata condotta ricorrendo al sistema informativo sanitario e di popolazione, arricchendone poi il contenuto informativo grazie al confronto con gli operatori e all'ascolto dei cittadini (comprese le associazioni che li rappresentano). I problemi identificati sono stati considerati rilevanti secondo criteri di gravità e/o diffusione e per la loro suscettibilità a interventi correttivi da parte del sistema sanitario e sociosanitario.

In particolare la valutazione di rilevanza dei problemi per la salute dei cittadini si è basata quindi sui seguenti criteri:

- presenza nella Regione di un eccesso di eventi negativi o di casi rispetto agli attesi in confronto ad altre aree geografiche del Paese o a standard di riferimento internazionali;

- presenza all'interno della Regione di disparità rilevanti di casi o eventi tra aree geografiche o gruppi di popolazione;
- presenza all'interno della Regione di disparità o eccessi nei fattori di rischio per la salute;
- preoccupazione della comunità e degli operatori per la presenza di bisogni di salute percepiti a forte impatto emotivo o assistenziale anche a prescindere dalla loro diffusione;
- segnalazione convergente della comunità e degli operatori di problemi non valutabili attraverso le informazioni attualmente disponibili.

In nessun caso l'intervento del sistema sanitario può essere considerato esclusivo (senza il coinvolgimento dell'area sociale) anche se i livelli di coinvolgimento e responsabilità sono variamente distribuiti a seconda dei problemi considerati.

Se si inseriscono i problemi di salute in una logica di continuità, dalle emergenze sanitarie, alle malattie acute, alla cronicità e ai rischi individuali e ambientali, è evidente che, anche nei casi di preminente responsabilità del Sistema sanitario, si rende necessario il coinvolgimento di altri attori istituzionali e politici ed è in particolare indispensabile l'integrazione tra interventi sanitari ed interventi sociali.

Per altro verso all'interno dei singoli problemi e lungo l'asse di continuità tra i problemi, sono evidenti i diversi destinatari degli interventi che il sistema sanitario deve mettere in atto con obiettivi e modalità distinte:

- gli individui (anche in relazione a specifiche fasce di età)
- le famiglie
- i gruppi
- le associazioni
- le comunità
- le istituzioni
- la pubblica opinione,

destinatari diversi, portatori di esigenze di cura, di assistenza, di presa in carico, di prevenzione, di promozione, di rappresentazione informata dei problemi come sollecitazione e contributo alle definizioni di politiche della salute.

All'interno di questo contesto complessivo e secondo questa logica di continuità, i problemi di salute individuati come prioritari possono essere schematicamente raggruppati per aree:

- i problemi della cura e dell'assistenza
- i problemi del rischio individuale e collettivo e la promozione della salute.

Qualsiasi scelta e qualsiasi indicazione di priorità, operando in uno scenario di incertezza caratteristico delle problematiche sanitarie e sociali, contiene elementi di discrezionalità aperti al confronto sulle motivazioni e sulle basi razionali. In ogni caso la identificazione di priorità non esaurisce l'attività del SSR e gli obiettivi proposti non rappresentano l'orizzonte esclusivo ed esaustivo nel quale il sistema opera.

## **I problemi della cura e dell'assistenza**

Il Servizio sanitario regionale riconosce l'insieme complesso di fattori che condizionano la salute della popolazione e la difficoltà di fornire una risposta al bisogno di salute, al difetto di salute o all'assenza di salute, che non coinvolga una molteplicità di soggetti. Nella consapevolezza di questa complessità, il Sistema sanitario deve però

mettere a fuoco un nucleo di problemi per i quali gli viene affidata e riconosciuta una responsabilità centrale e prevalente, una responsabilità di cura e di assistenza che parta dai problemi delle persone e definisca a partire da questi problemi i suoi programmi di intervento.

Le priorità di cura e di assistenza si concentrano intorno ai seguenti temi principali:

- Malattie ad insorgenza acuta
- Malattie neoplastiche
- Malattie a lungo termine (cronicità)
- Recupero funzionale
- Disabilità
- Non autosufficienza
- Fasi finali della vita
- Malattie reumatiche.

### ***Malattie ad insorgenza acuta***

Per quanto riguarda le malattie a insorgenza acuta, in una situazione di buona qualità dell'assistenza, sono ancora presenti disparità territoriali e sociali nell'accesso ai servizi e nell'esito dei trattamenti per i pazienti con:

- Malattie cardiovascolari
- Accidenti cerebrovascolari
- Traumi.

Queste disparità sono evidenziate dalle differenze nei tassi di letalità di malattie quali l'infarto miocardico e l'ictus, nell'accessibilità dei servizi e nei loro modelli organizzativi.

Le criticità evidenziate riportano a fattori di rischio individuali e ambientali sui quali il sistema sanitario deve intervenire, ma pongono, in misura rilevante, anche un problema di omogeneità ed efficacia dei percorsi assistenziali successivi agli eventi.

### ***Malattie neoplastiche***

Sono presenti nella Regione ritardi e criticità organizzative nell'attivazione e nella continuità dei processi di diagnosi e di cura che si traducono in eccessi di mortalità evitabile in particolare per le seguenti patologie neoplastiche:

- Tumore del colon-retto
- Tumore della mammella
- Tumore del polmone.

Queste neoplasie, per la loro diffusione e per la dimostrata suscettibilità degli esiti a interventi del sistema sanitario, rappresentano un terreno privilegiato di azione che si potrà svolgere attraverso miglioramenti nei modelli organizzativi e nella qualità delle cure per l'insieme delle malattie neoplastiche.

### ***Malattie a lungo termine (cronicità)***

Il progressivo invecchiamento della popolazione è, almeno in parte, collegato al miglioramento delle possibilità di cura nei pazienti portatori di malattie croniche. Questo risultato, nell'estendere il numero dei pazienti con malattie croniche e la loro proporzione sulla popolazione, ha generato una crescente difficoltà del sistema nel garantire livelli adeguati di assistenza. Questa situazione è confermata dal frequente ricorso al ricovero ospedaliero dei pazienti con malattie croniche, da un consumo inadeguato dei farmaci

prescritti e da un uso dei controlli periodici spesso non corrispondente alle linee guida internazionali, in particolare tra i pazienti affetti da:

- Diabete
- Ipertensione
- Insufficienza respiratoria cronica
- Scompenso cardiaco
- Malattie cerebrovascolari
- Disturbi cognitivi
- Insufficienza renale.

### *Recupero funzionale*

L'evoluzione dei sistemi di assistenza per acuti verso degenze sempre più brevi, l'aumento della proporzione di pazienti che sopravvivono ad eventi acuti e quindi l'incremento di quelli che si trovano in condizioni di instabilità e disabilità temporanea e la crescente disponibilità di evidenze scientifiche sull'efficacia di trattamenti orientati al pieno recupero funzionale, hanno concorso a definire con maggiore rilievo che nel passato bisogni di salute specifici legati alla transizione tra eventi acuti e stabilizzazione clinica e funzionale.

La programmazione regionale ha recepito l'urgenza di questi problemi attraverso la definizione del Piano della Riabilitazione che ha evidenziato alcuni aspetti critici di questa area dell'assistenza e individuato percorsi di intervento (es. post acuzie).

La novità sia pure relativa di questo problema e la sua estensione, hanno infatti determinato difficoltà e incertezze nella risposta del sistema sanitario. Queste difficoltà sono documentate dalla variabilità delle risposte assistenziali alla post acuzie, dalla frequente discontinuità dei percorsi riabilitativi, dalla frequenza dei ricoveri ripetuti. In particolare, il rilevante fenomeno dei ricoveri ripetuti sembra suggerire che le difficoltà nell'accompagnamento alla post acuzie possano tradursi in un recupero funzionale inferiore a quello possibile o in un deterioramento dello stato di salute.

### *Disabilità e non autosufficienza*

Il progressivo invecchiamento della popolazione ed in particolare l'aumento degli ultraottantenni, associato al relativo incremento di malattie cronico degenerative che maggiormente affliggono le persone appartenenti a queste fasce di età (la metà delle persone con  $\geq 75$  anni è affetta da più di 3 patologie croniche), hanno determinato un cospicuo incremento delle condizioni di non autosufficienza.

A fronte dell'aumento del fabbisogno assistenziale, le famiglie, che ancora oggi svolgono un importante ruolo nella gestione delle attività di cura e di sostegno delle persone non autosufficienti a domicilio, esprimono evidenti segni di difficoltà. Le recenti tendenze demografiche, le trasformazioni che hanno modificato i tratti della famiglia e la società nel suo complesso, in particolare la riduzione dei nuclei familiari e l'aumento della partecipazione della donna (che tradizionalmente ricopre il ruolo di *caregiver* principale) al mercato del lavoro, hanno portato ad un progressivo indebolimento dell'offerta di cure informali da parte delle famiglie. Diversi studi effettuati in Regione hanno evidenziato che le famiglie fanno sempre più fatica a gestire e sostenere l'elevato carico di cura richiesto dai propri familiari non autosufficienti, trovandosi di conseguenza spesso nella condizione di dover necessariamente ricorrere alla soluzione istituzionale. Le principali problematiche espresse dalle famiglie che assistono a domicilio una persona non autosufficiente possono essere riassunte nel seguente modo:

- L'impegno assistenziale richiesto alle famiglie per la gestione di una persona non autosufficiente a domicilio è pesante e totalizzante, e pone le famiglie costantemente a rischio di *burnout*;
- Le donne, principali *caregivers*, fanno fatica a conciliare gli impegni lavorativi e l'accudimento dei figli con l'impegno assistenziale;
- Le famiglie si sentono sole ed abbandonate nella gestione dell'impegno assistenziale ed hanno la sensazione di doversi comunque "arrangiare" da sole anche perché i servizi pubblici sono percepiti come lontani, scarsamente flessibili, poco accessibili e carenti;
- Le attività di cura a domicilio comportano costi elevati per le famiglie, non solo in termini finanziari, ma anche in termini di peggioramento della qualità della vita e di rinunce, che di fatto non vengono adeguatamente riconosciute;
- Molte famiglie, nonostante la volontà di garantire al proprio caro il diritto alla domiciliarità, trovano spesso nella risposta istituzionale l'unica soluzione possibile.

Negli ultimi anni in Regione, come nel resto d'Italia e d'Europa, è esploso il fenomeno delle assistenti familiari straniere (*badanti*). Per molte famiglie questa risorsa ha rappresentato l'unica alternativa all'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti o di molti disabili adulti; infatti, si stima la presenza in Regione di oltre 10.000 lavoratrici straniere della cura. Ma anche questa nuova forma di *welfare*, che qualcuno ha definito "invisibile", presenta non poche criticità che, se non affrontate, possono esporre gli anziani non autosufficienti ed i disabili adulti a forti rischi di peggioramento delle condizioni di salute e di istituzionalizzazione. Anche a questo riguardo i recenti approfondimenti hanno mostrato, tra l'altro, le difficoltà delle famiglie nella gestione del rapporto con le lavoratrici di cura (vissuto in solitudine e senza un supporto da parte dei servizi) che molto spesso non posseggono le necessarie competenze assistenziali.

Esiste inoltre una rilevante e crescente quota di anziani che vivono da soli e che non hanno un' adeguata rete familiare e sociale di supporto. Per questa quota di popolazione anziana, circa il 30%, l'esposizione al rischio di isolamento di esclusione sociale e di istituzionalizzazione è altissimo, non essendoci ancora sviluppati modelli di *welfare* locale in grado di far fronte a questa forma di bisogno.

La presenza stimata in Regione di circa 52.000 soggetti anziani con diversi gradi di non autosufficienza e disabilità e gli scenari evolutivi che indicano per i prossimi anni un incremento significativo del fenomeno, nonché le considerazioni sulla tenuta delle reti primarie e secondarie di cura, portano ad individuare nel rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti, il problema di salute prioritario per la nostra Regione.

In particolare, va ricordato ancora che recenti stime indicano che i disturbi mentali occupano il 14 % degli anni di vita perduti globalmente, legati alla disabilità (DALYs), e il 33 % di tutti gli anni vissuti con disabilità. I disturbi psicotici (schizofrenia, disturbo bipolare, depressione severa, gravi disturbi di personalità), sono presenti nel 1,5 - 2,5 % della popolazione. Sono quasi 25.000 le persone in Regione che vivono questa difficile condizione e circa 100.000 i cittadini (familiari, insegnanti, vicini) a vario titolo coinvolti. Le persone con questi disturbi mentali e le loro famiglie utilizzano la maggior parte delle risorse presenti nei Servizi pubblici di salute mentale e rappresentano la popolazione più a rischio di deriva sociale, di cronicizzazione, di perdita dei diritti. Infatti, nonostante gli sforzi fatti in questa direzione, per le persone con problemi di salute mentale è sempre più difficoltoso un effettivo accesso ai diritti della casa, della formazione e lavoro e delle relazioni sociali, esponendosi pertanto al rischio di "intrappolamento" nei circuiti istituzionali e di conseguente esclusione sociale.

## *Fasi finali della vita*

Il prolungamento della sopravvivenza collegato all'estensione delle capacità di trattamento per molte malattie, ma in particolare per le malattie neoplastiche, contribuisce ad identificare un intervallo temporale che, per la sua durata e per le sue implicazioni esistenziali, si configura come un problema di salute relativamente nuovo con il quale il Sistema sanitario si deve confrontare. I dati dei sistemi informativi sui ricoveri ospedalieri dei pazienti neoplastici nell'ultimo anno di vita e i dati sul ridotto consumo di oppiacei nello stesso gruppo di pazienti, identificano questo problema come un elemento di criticità per il Servizio sanitario regionale. Ad un bisogno nuovo per estensione, impatto emotivo, modifica nei modelli culturali di riferimento, il sistema non riesce a rispondere in modo adeguato. Il riconoscimento di questo problema come una priorità per il sistema sanitario esplicita una responsabilità che, anche in assenza di prospettive di guarigione, è una priorità di cura e di presa in carico.

## *Malattie reumatiche*

Queste patologie, pur a bassa mortalità, rappresentano una delle più frequenti cause di assenza lavorativa e da sole, sono responsabili del 27% delle pensioni di invalidità e vengono subito dopo le malattie cardiovascolari. Esse sono tra le prime cause di ricorso alle prestazioni del Servizio sanitario sia nelle forme acute che in quelle croniche. Uno dei problemi principali è l'appropriatezza delle prestazioni erogate e della terapia prescritta in considerazione della grande variabilità di comportamenti che si registrano in FVG. Questo aspetto richiede la definizione di protocolli e linee guida nell'ambito della collaborazione tra i vari attori coinvolti (MMG, distretto, specialisti, riabilitazione).

Un altro aspetto è la possibilità di intervenire con azioni di promozione della salute sulla corretta pratica di attività fisica (in particolare nell'anziano) al fine di prevenire o ritardare la comparsa di limitazioni funzionali. Su questo versante è necessario il rapporto con le forze sociali compreso il volontariato e le associazioni di malati che dovranno essere coinvolti (oltre che sui temi generali) anche nella gestione delle forme croniche ed invalidanti ad esempio per migliorare i trasporti, gli edifici, l'accesso ed il carico sociale della disabilità in genere.

## **La promozione della salute ed i problemi del rischio individuale e collettivo**

Il Servizio sanitario regionale, nell'ambito del suo ruolo di tutela della salute, avverte l'impegno di intervenire anche in ambiti che vanno oltre la sua capacità di azione diretta. Il SSR deve, in altre parole, farsi carico anche di problemi che non può affrontare in modo esclusivo come gli stili di vita, le condizioni socioeconomiche, la condizione di immigrato, la qualità dell'ambiente di lavoro o l'inquinamento atmosferico che hanno un impatto rilevante sulla salute e sulla qualità della vita dei cittadini.

E' ormai consolidata nella letteratura scientifica internazionale la consapevolezza che il sistema sanitario da solo non è in grado di incidere in maniera significativa sui determinanti di salute. Lo sviluppo, però, di un sistema di *welfare* locale e partecipato - quale si va delineando nella nostra realtà regionale- può rappresentare una importante occasione per affermare esperienze condivise con gli altri soggetti della comunità locale, istituzionali e non, finalizzate alla realizzazione di programmi capaci, da una parte di sostenere i fattori di protezione e promozione della salute (sia strutturali che inerenti i comportamenti e gli stili di vita individuali), dall'altra di individuare, valutare e contrastare i

principali fattori di rischio individuali e collettivi. Pertanto, la concreta stipula di alleanze locali intorno alla realizzazione di iniziative, può consentire al Servizio sanitario regionale di esercitare un importante ruolo, fondandosi su diversi presupposti.

- Il Sistema sanitario possiede le competenze necessarie per realizzare strumenti di valutazione epidemiologica finalizzati all'analisi del rapporto tra fattori di rischio e insorgenza di patologie;
- Il Sistema sanitario ha l'obbligo di rendere fruibili queste conoscenze da parte dei cittadini e delle istituzioni al fine di rinforzare i fattori di salute ed aumentare la capacità di controllo sui determinanti di salute;
- il carico di malattia generato dai determinanti sociali e ambientali si traduce in oneri per il Sistema sanitario poiché problemi che sarebbe stato più conveniente affrontare sul piano della prevenzione vengono invece spostati a livello di cura e riabilitazione.

Questo impegno del Sistema sanitario riconosce ovviamente dei vincoli nella libertà dei singoli, nell'autonomia dei soggetti istituzionali che sono titolari di responsabilità diverse di decisione e di intervento, nella genesi e nella dinamica complessa dei fattori di rischio. All'interno di questi limiti è comunque possibile definire le seguenti priorità:

- Rischi associati a comportamenti individuali e stili di vita
- Rischi associati alle condizioni socioeconomiche
- Rischi associati ai luoghi di vita.

### *Rischi associati a comportamenti individuali e stili di vita*

I profili comportamentali a rischio si distribuiscono in modo diverso a livello territoriale e di popolazione. Il consenso degli operatori e, almeno in parte, i dati dei sistemi informativi e di alcune indagini ad hoc (ad esempio i dati sugli incidenti stradali, le indagini sui consumi alimentari o sui problemi scolastici, i dati sulle richieste di intervento ai servizi sociali) indicano l'esistenza di una fascia di popolazione giovanile caratterizzata da:

- Comportamenti "devianti"
- Abuso di sostanze
- Fumo
- Disordini alimentari e eccesso ponderale.

Questi comportamenti aumentano in generale il rischio di malattia nell'età adulta, ma possono, in qualche caso, rappresentare i segni iniziali di derive esistenziali in grado di alterare lo sviluppo della personalità o di evolvere in disturbi gravi. Rispetto a questi rischi il Sistema sanitario non ha ancora sviluppato strategie coerenti di contrasto e dimostra carenze informative e organizzative che non gli consentono una presa in carico anticipata o comunque tempestiva dei casi suscettibili di evoluzione negativa.

### *Condizioni sociali ed economiche*

Le condizioni sociali ed economiche sono un esempio estremo e ampiamente documentato di determinanti fondamentali della salute sui quali il Sistema sanitario ha una ridotta capacità e possibilità di intervento diretto. Nonostante questi limiti è però indispensabile che il Sistema sanitario definisca, segnali e documenti l'impatto delle condizioni socioeconomiche sulla salute, documenti gli interventi efficaci di contrasto e definisca specifiche popolazioni bersaglio per interventi attivi di osservazione o presa in



carico anticipata al fine di contenere gli effetti di condizioni negative. Oggetto di questa specifica attenzione devono essere condizioni come:

- Disoccupazione/sotto-occupazione
- Ridotta istruzione e abbandono scolastico
- Basso reddito
- Disgregazione familiare
- Condizioni abitative inadeguate
- Immigrazione.

### *Rischi associati all'ambiente ed ai luoghi di vita*

I rischi ambientali costituiscono determinanti noti della salute sui quali il sistema sanitario ha una capacità diversificata di intervento diretto. Il fenomeno rilevante degli incidenti sul lavoro necessita, per il suo contrasto, di azioni di formazione, educazione sanitaria e promozione della salute attraverso lo sviluppo di alleanze con le forze imprenditoriali e con i rappresentanti dei lavoratori, ma anche di controllo e di ispezione da parte del sistema sanitario; condizioni di rischio diverse come l'inquinamento ambientale o le condizioni di sicurezza delle abitazioni sollecitano un'attività di documentazione e di denuncia ma anche la individuazione di specifiche popolazioni bersaglio per interventi attivi in sinergia con le associazioni professionali e le istituzioni locali che siano mirati a contenere gli effetti sulla salute delle condizioni di rischio ed a migliorare la sicurezza nei luoghi di vita. Oggetto di questa specifica attenzione devono essere condizioni come:

- I fattori di rischio nei luoghi di lavoro
- I fattori di rischio nell'ambiente domestico
- I fattori di rischio dell'ambiente esterno.

I dati disponibili segnalano in Friuli Venezia Giulia un eccesso di incidenti sul lavoro e documentano la loro concentrazione in specifiche aree territoriali; i dati sugli accessi al PS e sui ricoveri ospedalieri indicano inoltre la frequente occorrenza di incidenti domestici e le stesse fonti, accanto a quelle di polizia, indicano una costante tendenza alla crescita del numero degli incidenti stradali.

Alcune di queste aree si configurano come questioni che investono l'intero territorio regionale, per altre è evidente la diversa rilevanza dei problemi lungo gli assi che attraversano il territorio, dalle aree urbane a quelle rurali o semirurali, dalla pianura alla montagna, dalla periferia al centro, dalle aree industriali a quelle ancora agricole, dall'isolamento ai percorsi del turismo e dell'immigrazione.

L'identificazione di aree critiche non equivale però al riconoscimento dei problemi in forme immediatamente suscettibili di intervento e quindi non corrisponde alla definizione di obiettivi di salute.

In ciascuna delle aree critiche i problemi devono essere definiti in modo puntuale, di nuovo in rapporto con le comunità locali, la loro rilevanza misurata e gli obiettivi di miglioramento definiti in termini quantitativi e posti al centro dei programmi di azione. Il livello regionale può individuare per questi problemi alcuni prioritari obiettivi generali di miglioramento della salute della popolazione.

### **Obiettivi generali di salute**

Malattie cardiovascolari
Ridurre la letalità dell'infarto miocardico acuto

Ridurre la proporzione di scompenso cardiaco nei pazienti sopravvissuti ad infarto miocardico
Ridurre le disparità territoriali per letalità dell'infarto miocardico acuto
<b>Accidenti cerebrovascolari</b>
Ridurre la letalità degli accidenti cerebrovascolari
Ridurre la gravità del difetto funzionale residuo nei pazienti sopravvissuti ad accidente cerebrovascolare
<b>Traumi</b>
Ridurre la letalità dei traumi
Ridurre la gravità del difetto funzionale residuo nei pazienti sopravvissuti a trauma grave
Ridurre le disparità territoriali per letalità del trauma grave
<b>Tumori</b>
Ridurre la mortalità per tumore della mammella
<b>Altro</b>
Ridurre la proporzione di pazienti con diabete di 2° tipo e complicanze acute della malattia
Ridurre la proporzione di pazienti con diabete di 2° tipo e complicanze croniche della malattia
Ridurre la proporzione di pazienti con insufficienza respiratoria cronica e complicanze acute della malattia
Prolungare la mediana della fase predialitica nei pazienti con insufficienza renale cronica
Aumentare la proporzione di pazienti con insufficienza renale cronica in dialisi sottoposti a trapianto
Ridurre la proporzione di pazienti con scompenso cardiaco e ricoveri ripetuti
Ridurre la proporzione di pazienti con ipertensione e complicanze della malattia
Ridurre la proporzione di pazienti con malattia cerebrovascolare e ricoveri ripetuti
Ridurre la proporzione di pazienti psichiatrici con trattamenti sanitari obbligatori
Ridurre la proporzione di soggetti in trattamento con psicofarmaci che non sono seguiti dai servizi
Ridurre il consumo di psicofarmaci in regione
Ridurre la proporzione di dipendenti da sostanze psicoattive che abbandonano i servizi
Aumentare la proporzione di dipendenti da sostanze psicoattive che si rivolgono ai servizi
Aumentare la proporzione di pazienti non autosufficienti assistiti a domicilio
Aumentare il numero di pazienti in coma vegetativo assistito al di fuori di ospedali per acuti
Ridurre la proporzione di pazienti dimessi da RSA che effettuano ricoveri ripetuti nei 6 mesi successivi
Ridurre la proporzione di pazienti che non rimangono a domicilio dopo dimissioni a domicilio per accidenti cerebrovascolari
Ridurre la proporzione di pazienti > 75 anni che sono sottoposti a nuovo ricovero dopo dimissione a domicilio da ricovero con pluripatologia
Prolungare la mediana della sopravvivenza nei pazienti > 75 anni dimessi a domicilio da ricovero con pluripatologia
Aumentare la proporzione di neoplastici terminali ai quali è garantita terapia antalgica a domicilio
Ridurre la proporzione di neoplastici terminali che si ricoverano negli ultimi 3 mesi di vita
Ridurre il numero di bambini che si rivolgono al PS con evidenze di violenza domestica altrui
Ridurre il numero di donne che si rivolgono al PS con evidenze di violenza domestica altrui
<b>I fattori predisponenti</b>
Ridurre il numero di accessi in PS per intossicazione acuta da sostanze psicotrope nell'età 15-24 anni
Ridurre l'abitudine al fumo tra gli educatori nelle scuole medie
Ridurre l'abitudine al fumo tra il personale sanitario (medici di medicina generale e personale ospedaliero)
Ridurre la proporzione di bambini 6-12 anni con eccesso ponderale
Aumentare la proporzione di non occupati (o non stabilmente occupati) inseriti in attività di formazione

Aumentare il numero di inserimenti lavorativi per gli utenti del DSM
Aumentare il numero di inserimenti lavorativi per utenti del Dipartimento delle dipendenze
Aumentare il numero di inserimenti lavorativi per utenti disabili
Ridurre la proporzione di ragazzi di 16 anni che non hanno completato il ciclo di istruzione obbligatorio
Ridurre la proporzione di 15-18 anni che abbandonano gli studi
Ridurre la proporzione di >75 anni ospitati in casa di riposo
Ridurre la proporzione di >75 in abitazioni con barriere architettoniche
Ridurre la proporzione di >75 anni in abitazioni con servizi inadeguati
Ridurre la proporzione di immigrati recenti (<24 mesi) che non hanno effettuato la scelta del MMG
Ridurre la proporzione di nati da immigrati recenti che non completano le vaccinazioni obbligatorie
<b>I rischi ambientali ed altro</b>
Ridurre l'inquinamento da traffico veicolare nei centri urbani
Aumentare la proporzione di insediamenti produttivi che rispettano le procedure di valutazione controllo dei rischi
Ridurre la proporzione di incidenti domestici da cadute e da ustioni
Ridurre il numero di incidenti stradali con danno alle persone
Ridurre il numero di infortuni sul lavoro
Ridurre la proporzione di comuni o frazioni con tempi di raggiungimento del più vicino punto di erogazione dei servizi con trasporto pubblico > 2 ore

## Il punto di vista del cittadino – Valutazione esterna del servizio sanitario regionale

Gli obiettivi dei servizi sanitari sono molteplici. L'organizzazione mondiale della sanità ne definisce tre:

- Salute. Migliorare e mantenere la salute della popolazione.
- Finanziamento equo e protezione dal rischio finanziario. Assicurare che i cittadini non paghino prezzi eccessivi rispetto al reddito o non cadano in povertà per affrontare costi sanitari.
- Rispondenza alle aspettative (*Responsiveness*). Migliorare la *responsiveness* del sistema sanitario alle legittime aspettative dei cittadini nell'interazione con i servizi.

Delle tre dimensioni va valutato sia il valore complessivo che la sua distribuzione nella popolazione (equità).

La *responsiveness* misura quanto il sistema sanitario soddisfa le legittime aspettative dei cittadini per gli aspetti non-strettamente sanitari. Le dimensioni considerate nella valutazione sono: la dignità, la riservatezza, l'autonomia delle scelte, l'attenzione tempestiva, il supporto sociale, il *comfort* e la scelta del curante. Le dimensioni rispondono a due principi: il rispetto della persona e l'orientamento al cliente. La responsiveness è la dimensione meno curata e valutata dai servizi sanitari. La valutazione della rispondenza dei servizi alle aspettative dei cittadini è quindi un obiettivo rilevante e strategico di un servizio sanitario e delle sue articolazioni funzionali. La regione Friuli Venezia Giulia intende avviare, sulla base della metodologia definita e standardizzata dall'OMS una rilevazione sistematica e periodica della *responsiveness* nella popolazione regionale. Ciò

anche in coerenza con altri progetti di coinvolgimento attivo del consumatore quale il progetto "Proviamoci insieme" e i principi del nuovo sito "TRASPARENTE". La misurazione sarà uno degli strumenti standard di valutazione del SSR e delle Aziende.

Il secondo obiettivo è la diffusione sistematica dello strumento dell'*Audit* Civico quale strumento di valutazione dell'applicazione della Carta Europea dei diritti del malato.

I diritti definiti dalla Carta Europea sono:

- il diritto alla prevenzione;
- il diritto all'accesso;
- il diritto all'informazione;
- il diritto al consenso;
- il diritto al rispetto della *privacy* e della confidenzialità;
- il diritto al rispetto dei tempi dei pazienti;
- il diritto al rispetto di standard di qualità;
- il diritto alla sicurezza;
- il diritto all'innovazione;
- il diritto ad evitare le sofferenze e il dolore non necessario;
- il diritto a un trattamento personalizzato;
- il diritto al reclamo;
- il diritto al risarcimento.

Obiettivo del Servizio sanitario Regionale è che tutte le strutture regionali siano valutate, in accordo con le associazioni dei cittadini, secondo la metodologia dell'*Audit* Civico.

## **CAPITOLO 3**

### **I PROBLEMI E GLI OBIETTIVI DELL'OFFERTA**

I PROBLEMI E GLI OBIETTIVI DELL'OFFERTA

ASSI STRATEGICI DI INTERVENTO SULL'OFFERTA E SUL RIORIENTAMENTO DELLE RISORSE

#### **I problemi e gli obiettivi dell'offerta**

Secondo quanto segnalato dagli studi di settore più recenti, è l'assistenza territoriale quella che i cittadini percepiscono come la più debole rispetto a quella ospedaliera. L'assistenza territoriale in genere è considerata insufficiente rispetto ai bisogni di assistenza. In FVG l'assistenza territoriale presenta elevate disomogeneità dell'offerta di servizi, di attività e di presa in carico. In particolare è critica l'assistenza alle patologie cronico degenerative ed alle persone a rischio di disabilità ed emarginazione sociale. Inoltre, il modello di continuità assistenziale che prevede l'adozione e l'attuazione di protocolli di accesso e di dimissione tra ospedale e territorio, se è stato avviato nelle aziende territoriali con i rispettivi ospedali, è ancora lontano dalla situazione ottimale per quanto riguarda le aziende ospedaliere e gli IRCCS .

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, a fronte del consistente miglioramento dell'appropriatezza e della buona risposta complessiva ai bisogni, l'adozione di indicatori di performance più elaborati ed analitici, evidenzia ampi margini di miglioramento anche in termini di qualità dell'assistenza. Da un punto di vista dell'organizzazione, i maggiori problemi risiedono nell'elevato numero di strutture ospedaliere in rapporto ai residenti ed alla distribuzione geografica, nell'autoreferenzialità degli operatori e nella scarsa propensione a lavorare in rete, a ridistribuire la casistica in rapporto alla complessità dei bisogni, a differenziare le attività, a costruire relazioni, ad integrare le attività ed a conseguire maggiore sicurezza ed efficacia delle cure con economicità di gestione.

L'analisi dell'assetto organizzativo del sistema evidenzia 12 aziende sanitarie, (compresi gli IRCCS), con mandati ed obiettivi differenti, spesso in competizione tra loro, poco integrate e con scarsa propensione a fare sistema. La distribuzione delle risorse è caratterizzata da uno squilibrio tra ospedale e territorio e per area geografica.

Rispetto ai problemi evidenziati, analizzati con maggiore dettaglio nei documenti allegati, gli obiettivi prioritari per il prossimo triennio sono:

- sviluppare continuità tra ospedale e territorio,
- potenziare il territorio,
- sviluppare una rete di ospedali integrati tra loro,
- ridistribuire l'assorbimento di risorse.

Tenendo presente la necessità di conseguire detti obiettivi nell'ambito della missione, dei valori e della visione esplicitate nella parte iniziale del presente documento, il Piano triennale viene realizzato attraverso una strategia che deriva dall'analisi dello stato dell'arte e dei problemi di salute e dell'offerta, nonché dall'analisi dei punti di forza e di debolezza interni al sistema e dalle valutazioni delle opportunità e delle minacce (vedi documento "Stato dell'arte e criticità") insite nell'ambiente complessivo in cui il sistema sociosanitario si trova ad operare. I tre assi di intervento sono:

- 1) ridefinire l'assetto organizzativo del SSR
- 2) potenziare la prevenzione, la sanità pubblica territoriale e le cure intermedie conferendo centralità al distretto
- 3) riorganizzare la rete ospedaliera regionale articolandola per funzioni e per area vasta.

La necessità di una modifica dell'assetto organizzativo deriva:

- dalle previsioni della Legge 23/2004 che assegna autonomia e responsabilità al Distretto e che persegue l'integrazione sociosanitaria dei servizi
- dalla necessità di configurare nel triennio una rete regionale di ospedali organizzata per funzioni e per area vasta che consenta di mettere in rete gli ospedali tra di loro e con il territorio.

Quanto sopra richiede la definizione di nuove regole per sviluppare una programmazione decentrata più vicina alla valutazione del bisogno ed alla conoscenza delle potenzialità dell'offerta. Tale modalità è stata pensata per poter razionalizzare il sistema ospedaliero regionale mantenendo l'attività per acuti in tutte le attuali sedi ospedaliere e per poter integrare l'ospedale con il territorio in modo da perseguire obiettivi di qualità dei servizi e conseguire risultati di salute associati al recupero di risorse. Entrambi questi obiettivi sono perseguiti attraverso la programmazione di area vasta quale strumento e ambito di analisi del bisogno e di programmazione dell'offerta, ambito in cui operano le aziende sanitarie, portatrici dei bisogni del distretto e le strutture ospedaliere pubbliche e private, produttrici di offerta di servizi.

Il recupero ed il reperimento di nuove risorse sono necessari per convogliare investimenti verso il punto più debole del sistema che, come descritto nel capitolo sui problemi di salute, è l'assistenza territoriale. L'intervento di potenziamento sul territorio non è orientato solo a colmare il gap assistenziale o ad incrementare la quantità di servizi erogati, ma ad indirizzare il sistema sociosanitario verso l'integrazione sociosanitaria, l'incremento della coesione sociale, la promozione della domiciliarità, l'inclusione sociale, lo sviluppo di comunità ed il miglioramento del funzionamento sociale nell'ambito dello sviluppo del *welfare* di comunità.

**Assi strategici di intervento sull'offerta e sul riorientamento delle risorse**







## **CAPITOLO 4**

# **RIDEFINIRE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL SSR E LE DIMENSIONI TERRITORIALI DELLA PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA**

IL NUOVO RUOLO DEL DISTRETTO E LA PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA (PAT/PdZ)

*IL DISTRETTO  
ORGANIZZAZIONE  
ASPETTI GESTIONALI*

IL CONFINE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

LA DIMENSIONE TERRITORIALE ED AZIENDALE DELLA PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA: L'AREA VASTA

*ACCORDI  
LE STRUTTURE OSPEDALIERE  
AZIENDE TITOLARI  
AZIENDE COORDINATRICI  
DIPARTIMENTI*

STRUTTURE DI GOVERNO REGIONALE

SCHEDE DI SINTESI DEL RIASSETTO ORGANIZZATIVO

Tra gli anni 1995-2005 la programmazione regionale del FVG, in attuazione delle norme di riordino nazionali, ha configurato un sistema sanitario regionale caratterizzato all'aziendalizzazione. Il modello sviluppato, grazie alle ridotte dimensioni della Regione ed al ruolo che l'Agenzia regionale della sanità ha svolto in questi anni, si trova ad operare in una logica di mercato regolato a livello centrale. I due Piani di intervento a medio termine hanno definito le funzioni erogate dagli ospedali (nel primo PIMT: posti letto, strutture e funzioni; nel secondo PIMT: funzioni ed organizzazione), mentre, ogni anno, le Linee per la gestione del Servizio sanitario hanno definito gli obiettivi annuali e la politica tariffaria delle prestazioni. Questi elementi hanno conferito stabilità al sistema ed hanno controllato i possibili effetti negativi dell'aziendalizzazione. Negli ultimi anni le aziende territoriali sono state responsabilizzate ad acquisire sempre più il ruolo di tutela della salute dei propri residenti attraverso la programmazione di area vasta (es. tempi di attesa, volumi e tipologia di prestazioni).

Sin dagli anni 90 la strategia regionale aveva previsto un ruolo forte per l'assistenza territoriale in cui i punti di riferimento dovevano essere l'Azienda per i servizi sanitari ed il distretto (a quell'epoca ancora del tutto incapace di assumere questa funzione). Nell'ambito di questo percorso, alle aziende territoriali sono stati progressivamente affidati il finanziamento, il ruolo di capofila nell'area vasta, la gestione degli accordi, la responsabilizzazione per i tempi di attesa, ecc.

Le funzioni territoriali hanno avuto sempre più interesse e riferimento a livello di Rappresentanza e Conferenza dei Sindaci ed a livello di Assemblea dei Sindaci di distretto.

Sul versante ospedaliero, le Aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie, IRCCS e soggetti erogatori privati hanno avviato un iniziale processo di orientamento dell'offerta in base alle negoziazioni di area vasta e si sono rapportate anch'esse con i rappresentanti degli Enti locali al fine di condividere gli aspetti più importanti della programmazione aziendale.

Nel complesso, le principali criticità sono state alcune carenze di attuazione dei percorsi definiti dalla pianificazione regionale. Ciò ha portato ad un'offerta disomogenea sul territorio regionale.

La L.R. 23/04 ha definito le nuove modalità della programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale prevedendo un ruolo di responsabilità per i distretti che acquisiscono autonomia e si rapportano con gli Enti locali per quanto riguarda i PAT ed i

PdZ. Le aziende sanitarie devono modificare la propria programmazione consolidando nei PAL i programmi territoriali e quelli ospedalieri. Anche le Aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie e IRCCS, nell'ambito della elaborazione dei PAO, si rapportano con la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

L'attuazione di queste disposizioni richiede la revisione dei rapporti tra distretti ed ospedali inseriti nelle aziende territoriali e richiede anche lo sviluppo di relazioni tra Distretto ed Aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie ed, IRCCS (con priorità per la continuità assistenziale). Non va dimenticata nemmeno la necessità di integrare le funzioni erogate dagli ospedali inseriti nelle ASS con le funzioni di riferimento collocate nelle aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie ed IRCCS .

Non essendo possibile (a causa della loro numerosità) instaurare un rapporto diretto tra distretti e ospedali di ASS con le aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie ed IRCCS, è necessario valorizzare e ridefinire il ruolo di programmazione delle Aziende per i servizi sanitari. Queste ultime devono rappresentare la programmazione territoriale alle altre ASS (es. integrazione tra aziende per le dipendenze, la salute mentale ecc.) ed alle diverse aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie e IRCCS che insistono nel proprio territorio (percorsi di accesso e dimissione, integrazione delle funzioni specialistiche ecc.).

Questo ruolo programmatico (fondamentale per fare sistema) tra ASS ed altre aziende non può che svolgersi a livello di area vasta in quanto sede in cui si configurano i Poli ospedalieri (Trieste, Udine e Pordenone) che devono avere rapporti con il territorio per quanto riguarda la continuità assistenziale, la soluzione di problemi e criticità (es. i tempi di attesa, l'erogazione dei farmaci costosi, l'accesso alle prestazioni specialistiche e l'integrazione di queste con gli ospedali inseriti nelle ASS). L'area vasta è anche la sede in cui le ASS possono integrare tra loro alcuni specifici aspetti dell'attività territoriale come la Prevenzione, la Salute mentale, le Dipendenze o la Neuropsichiatria infantile.

## **Il nuovo ruolo del distretto e la programmazione attuativa (PAT/PdZ)**

La LR 23/2004, attraverso la programmazione integrata che deriva dal D.L.vo 229/99, tende ad avvicinare sanità ed enti locali affinché le decisioni programmatiche sull'utilizzo delle risorse avvengano in forma integrata allo stesso livello in cui avviene la valutazione dei bisogni (cioè il distretto/ambito). Ciò rende necessario lo sviluppo di strette relazioni a livello locale per la rete dei servizi di base, porta ad una valorizzazione della dimensione distrettuale ed impone una revisione dei rapporti tra distretto ed ospedale e quindi tra ASS ed aziende ospedaliere, IRCCS, ospedali inseriti nelle ASS.

### ***Il Distretto***

La L.R. 23/04 attribuisce al Distretto:

- un ruolo di interlocutore attivo con gli EE.LL.
- propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria
- la responsabilità della redazione e dell'attuazione del PAT
- una funzione nella redazione ed nella attuazione del PdZ.

Il documento sui principi e criteri per l'adozione dell'Atto Aziendale rafforza ulteriormente la struttura organizzativa del Distretto. Questo indirizzo regionale mira a superare le attuali criticità organizzative dei distretti garantendo al contempo uniformità regionale e spazi di specificità aziendale. Per un effettivo superamento delle criticità evidenziate, resta aperto il nodo delle risorse e degli strumenti di gestione che richiedono in generale un incremento delle professionalità dedicate ed il potenziamento del raccordo

tra il livello di programmazione e di controllo distrettuale e lo *staff* della direzione strategica.

## **Organizzazione**

E' necessario che nella fase di potenziamento del Distretto si presti attenzione a sviluppare un livello adeguato di competenze e professionalità necessarie per un supporto efficace al governo delle funzioni distrettuali. Non si tratta di replicare uffici di *staff* della direzione strategica che, si ribadisce, devono comunque garantire il supporto necessario per una efficace ed efficiente attività gestionale dei Distretti. Si tratta piuttosto di rendere disponibile a livello distrettuale – soprattutto attraverso percorsi di ri-qualificazione del personale - competenze epidemiologiche, amministrative e gestionali, funzionali a supportare operativamente i responsabili dei Distretti nello svolgimento delle proprie funzioni.

Sempre nell'ambito dell'organizzazione delle funzioni di staff, un ruolo importante di supporto al Direttore di Distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali, viene attribuito all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) e all'Ufficio distrettuale per la medicina generale.

Per una effettiva capacità del Distretto di costituirsi e di essere identificato come punto di riferimento per la salute di un territorio, nonché per essere in grado di accogliere e supportare alcune delle iniziative da sviluppare con i MMG (funzionalità dell'Ufficio distrettuale MMG, spazi per l'effettuazione delle riunioni dei gruppi per le valutazioni fra pari, per eventuali attività di gruppo, le attività di ricerca dei medici in rete, ecc.) è necessario che le Aziende affrontino e risolvano le criticità strutturali che affliggono la maggior parte delle sedi distrettuali dando priorità, nel prossimo triennio, agli investimenti in edilizia e logistica.

## **Aspetti gestionali**

Per un reale rafforzamento del ruolo del Distretto è importante che questo sia dotato di un *budget* reale, nella corretta accezione di processo di negoziazione degli obiettivi in rapporto alle risorse impiegate/assegnate, e di monitoraggio adeguato nel corso dell'anno (l'Azienda deve quindi organizzare un'ideale attività di *reporting* al Direttore di Distretto). In questo senso è necessario che il Distretto sia in grado di conoscere, per poi governare, tutte le componenti di spesa che afferiscono, direttamente o indirettamente, alla sua responsabilità: fattori produttivi propri; rapporti convenzionali (MMG, RSA, Strutture residenziali per anziani non autosufficienti...), costi da prestazioni sanitarie rese da altri soggetti a favore della propria popolazione (ricoveri ospedalieri, farmaceutica...).

L'azienda sanitaria deve essere in grado di rappresentare adeguatamente i bisogni distrettuali nell'ambito della Conferenza di area vasta ai fini della programmazione dell'offerta pubblica e privata. Il Distretto deve essere in grado di realizzare le strategie di governo dell'appropriatezza della domanda anche attraverso la responsabilizzazione dei MMG e PLS, la gestione dei tempi di attesa ed il rispetto del principio di libera scelta del cittadino. Ciò in particolare, per l'accesso alle strutture private in cui dovrà essere perseguito il rispetto dell'attività programmata nel triennio (vedi il capitolo specifico erogatori privati).

Per governare queste dimensioni di attività e di spesa, il Distretto dovrà sviluppare sistemi più raffinati di controllo di gestione, usufruendo delle conoscenze degli uffici di *staff* della direzione strategica e maturando al proprio interno le opportune competenze.

Un'importante leva di governo del Distretto è rappresentato dal sistema premiante. In questo senso va sostenuto, nell'ambito degli accordi con le OOSS, un ruolo privilegiato

del Distretto nello stabilire e gestire il sistema premiante per il proprio personale, analogamente a quanto previsto per i MMG eletti che partecipano all'UCAD/UDMG.

Anche il tema dei sistemi informativi risulta strategico per una effettiva funzione di governo, da parte dei Distretti, dei servizi sociosanitari territoriali. In particolare risulta prioritario sviluppare sistemi informativi integrati con la componente sociale (es. cartella sociale, sistemi di valutazione integrata) che siano di supporto sia ai processi programmatori locali che all'integrazione operativa gestionale e professionale.

Come già richiamato in precedenza, tutti i recenti indirizzi politici ed atti normativi identificano il Distretto come luogo di sviluppo delle strategie e degli strumenti di integrazione sociosanitaria e riferimento diretto con gli Enti locali per quanto attiene il proprio territorio. Riguardo quest'ultimo aspetto, i processi di elaborazione dei PAT e dei PDZ hanno previsto la costituzione (Decreto n. 202, 30 marzo 2005, del Direttore centrale della direzione centrale salute e protezione sociale) di un gruppo tecnico (ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 12, della LR 8/01 e successive modifiche e integrazioni) che oltre a svolgere una funzione di accompagnamento ai processi suddetti, garantisce la necessaria sinergia con il sistema delle autonomie locali (Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale).

Per quanto attiene le strategie e gli strumenti di integrazione sociosanitaria, viene qui ribadita l'urgenza di sviluppare e consolidare gli strumenti di integrazione gestionale e professionale che garantiscono la centralità della persona, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami, nel percorso congiunto di presa in carico e di sviluppo del processo di cura e di riabilitazione dove i diversi *setting* di intervento sono strumenti e risorse del progetto di cura e riabilitazione.

In questa prospettiva, in cui è il bisogno che guida la progettazione e la realizzazione degli interventi, la costruzione del sistema di offerta deve orientarsi e plasmarsi quanto più possibile sull'individualità dei soggetti, adeguando i propri meccanismi di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui di norma le persone esprimono il proprio funzionamento sociale.

## **Il confine tra ospedale e territorio**

La crescita del ruolo del distretto e del territorio in generale pone interrogativi sul concetto di ospedale per quanto riguarda le funzioni che hanno un forte riferimento in ambito locale. Infatti, se da un lato le funzioni specifiche di pronto soccorso, di emergenza, e quelle proprie della fase acuta in questi ultimi anni sono migliorate quanto ad appropriatezza e qualità delle prestazioni e si sono quindi ridimensionate in quanto a volumi di attività, durata di degenza, necessità di spazi (anche se hanno mantenuto elevato l'assorbimento di risorse), dall'altro lato hanno guadagnato notevoli spazi ed importanza le attività a ciclo diurno, le prestazioni ambulatoriali, le attività di continuità assistenziale, di prenotazione e di accessibilità al sistema. Inoltre, nel triennio è previsto lo sviluppo della degenza post acuzie, della riabilitazione, delle cure palliative, degli hospice, delle RSA e dell'assistenza agli stati vegetativi. Tutte queste attività richiedono una forte regia ed integrazione con il territorio e alcune di esse sono svolte autonomamente in ambito distrettuale. Questo elemento rende incerto il confine tra ospedale e territorio e costituisce stimolo per introdurre innovazioni nella programmazione locale sia per gli ospedali inseriti nelle ASS e sia per le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie e gli IRCCS. Il modello da sperimentare nel triennio prevede lo sviluppo di forme di collaborazione per trasferire alcune attività ospedaliere a forte impatto territoriale (es. funzioni di base come i prelievi per persone non ricoverate, ambulatori non interventistici di oculistica, odontostomatologia, ginecologia, riabilitazione e fisioterapia, cardiologia, pneumologia, dermatologia) sotto la diretta responsabilità delle Aziende

territoriali con gestione distrettuale o sovradistrettuale. Questo dovrebbe consentire al Distretto di gestire ed erogare la maggior parte delle prestazioni per rispondere ai bisogni dei suoi residenti orientando ulteriormente l'assistenza ospedaliera alla risposta alle fasi acute della malattia per la parte che non può essere erogata nell'ambito dei servizi distrettuali (domicilio, ambulatorio, strutture intermedie, ecc.).

## **La dimensione territoriale ed aziendale della programmazione attuativa: l'area vasta**

La Regione Friuli Venezia Giulia individua 3 aree vaste: Giuliano Isontina, Udinese e Pordenonese. In queste sedi dovrà avere luogo una programmazione locale con pari dignità di tutte le Aziende partecipanti. Il modello, orientato a perseguire qualità e sicurezza dei servizi, dovrà favorire il conseguimento degli obiettivi regionali valorizzando il ruolo dei distretti nella valutazione del bisogno e nella definizione, in relazione all'analisi dell'offerta, delle modalità di risposta alla domanda nell'ambito della rete articolata di strutture pubbliche e private.

Anche l'assistenza territoriale, con una programmazione locale integrata a livello di area vasta, potrà integrare alcune attività, specie quando la dimensione distrettuale o aziendale non consente il raggiungimento di bacini d'utenza adeguati per un'organizzazione complessa ed articolata dei servizi.

La necessità di una programmazione della risposta ai bisogni per area vasta deriva dall'esigenza di passare da un livello di programmazione distrettuale (che può governare i servizi ospedalieri di base), ad un livello che coinvolge gli ospedali inseriti nelle aziende sanitarie (che sono coinvolti anche per le funzioni specialistiche), ad un livello che include le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli IRCCS (che sono in grado di erogare tutte le funzioni ospedaliere). In questo ultimo caso appare prioritario sviluppare relazioni tra aziende territoriali e strutture ospedaliere in grado di adottare modelli assistenziali di continuità assistenziale e di integrazione con il Distretto.

Il modello valorizza il concetto di Area vasta come luogo in grado di garantire al cittadino-utente un buon esito delle prestazioni sanitarie grazie all'esistenza nelle 3 aree vaste di un mix omogeneo di offerta ospedaliera (ospedali inseriti nelle ASS, aziende ospedaliere autonome, strutture universitarie e IRCCS) ed al soddisfacimento della maggior parte dei bisogni sanitari all'interno della singola area (Giuliano isontina 91,6%, Udinese 91,5% e Pordenonese 89,4%). In questo senso partecipano alla programmazione di area vasta anche gli IRCCS ed i soggetti erogatori privati temporaneamente accreditati.

Obiettivo prioritario dell'area vasta è la continuità assistenziale e la programmazione coordinata della risposta alla domanda appropriata definita dai distretti nell'ambito dell'offerta delle singole aziende e dei privati che deve essere in tale modo orientata e programmata. Gli accordi, i protocolli e la programmazione in genere, sono orientati a risolvere le criticità evidenziate, a migliorare lo stato di salute della popolazione, a definire volumi, tipologia e qualità delle prestazioni erogate, a perseguire l'integrazione ospedale territorio, a garantire la continuità assistenziale ed a conseguire maggiore efficienza gestionale. Queste relazioni interaziendali definiscono l'interdipendenza e la differenziazione dei nodi della rete ospedaliera e hanno ricadute anche sulla gestione delle risorse.

Un altro tema prioritario da affrontare a livello di area vasta è la mobilità sanitaria sia per l'assistenza territoriale (fenomeno molto limitato in termini quantitativi), che per quella ospedaliera (sia intra area vasta, sia regionale, sia extraregionale). Il punto di partenza è il potenziamento dei rapporti tra ospedale e territorio con coinvolgimento dei medici prescrittori sulle specifiche problematiche relative alla mobilità e

sull'appropriatezza. Sul versante dell'offerta, salvo casi particolari come la vicinanza geografica, le condizioni di garanzia per la riduzione della mobilità sanitaria sono il perseguimento dell'eccellenza delle cure ed il corretto dimensionamento quantitativo dell'offerta. Ciò significa presa in carico della risposta ai bisogni assistenziali, organizzazione dell'offerta articolata per livelli differenziati di complessità e specializzazione, relazioni, protocolli, linee guida, buona accessibilità, rispetto degli standard di qualità, integrazione con il territorio e verifica con relazioni dirette della soddisfazione dell'utenza. Mentre per l'assistenza ospedaliera, in caso di carenza dei servizi, l'utenza trova facilmente l'accesso ad un'altra struttura e questo evento è facilmente misurabile come segnale di inadeguatezza dei servizi erogati, per l'assistenza territoriale, da un lato, non è agevole rivolgersi al CSM, alla RSA, al Dipartimento di prevenzione di un'altra azienda e dall'altro la misurazione di questo fenomeno non è attualmente disponibile. Questi elementi suggeriscono, sia per l'assistenza ospedaliera che per quella territoriale, l'opportunità di prevedere un'analisi congiunta del fenomeno a livello di area vasta, l'analisi e la ricerca delle eventuali condizioni di inadeguatezza dei servizi programmando i relativi interventi migliorativi e predisponendo accordi che consentano, anche per l'assistenza territoriale, la mobilità nell'ambito dell'area vasta (per motivi di vicinanza geografica o altro).

In ciascuna area vasta viene istituita la Conferenza dei Direttori generali di cui fanno parte i rappresentanti legali delle Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, IRCCS (pubblici e privati) insistenti nell'area geografica. Si individuano le seguenti Aziende coordinatrici: ASS1 per l'Area vasta Giuliano isontina, ASS4 per quella Udinese e ASS6 per quella Pordenonese. Nell'ambito delle attività di pianificazione dell'offerta partecipano alle conferenze di area vasta anche i soggetti erogatori privati temporaneamente accreditati avvalendosi dei rappresentanti AIOP ed ANISAP.

La conferenza viene convocata a cura dell'Azienda coordinatrice (prima tra pari che convoca le riunioni, cura gli aspetti organizzativi e di segreteria) almeno una volta all'anno per definire gli aspetti di programmazione attuativa inerenti le attività di area vasta pianificate a livello regionale e si riunisce successivamente nel corso dell'anno per esaminare i risultati del monitoraggio trimestrale e proporre gli eventuali interventi correttivi. Quando il processo di programmazione ha ricadute sull'attività, sull'organizzazione o sulle risorse di più aziende, le decisioni devono essere prese all'unanimità tra le aziende interessate. In caso di controversie interviene la Regione nelle sue diverse articolazioni funzionali in base all'oggetto del mancato accordo.

Ogni conferenza è supportata da un Comitato di area vasta formato dai Direttori sanitari delle aziende partecipanti e da altre professionalità aziendali con compiti di analisi epidemiologica, programmazione e controllo, contabilità economica a cui, di volta in volta, verranno affidati obiettivi specifici in funzione dei temi trattati.

Il Comitato di area vasta deve acquisire progressivamente la capacità di rappresentare i bisogni dei residenti operando in sinergia con i distretti che sono coinvolti nel percorso PAT/PdZ ed anche con le altre strutture territoriali le cui funzioni possono essere integrate a livello di area vasta. Le aziende ospedaliere, ospedaliero universitarie e gli IRCCS partecipano alle attività del Comitato con l'analisi delle modalità di risposta alla domanda specialistica che non viene erogata dagli ospedali inseriti nelle ASS, con la collaborazione per l'integrazione delle funzioni specialistiche, per la continuità assistenziale, per i tempi di attesa ecc. Questi percorsi prevedono necessariamente che la programmazione di area vasta non avvenga a valle dei PAL e dei PAO già deliberati dalle rispettive direzioni aziendali, ma che il Comitato di area vasta elabori preliminarmente proposte che derivano da un'analisi congiunta dei problemi e che queste proposte (che rappresentano la programmazione integrata) vengano innanzitutto discusse

ed approvate in area vasta e poi recepite nei rispettivi programmi aziendali e seguano, infine, l'iter di consolidamento regionale.

### *Accordi*

Lo strumento di programmazione annuale di area vasta è l'accordo che deve venire sottoscritto dai componenti la Conferenza di area vasta. L'accordo di area vasta costituisce parte integrante dei Programmi annuali delle aziende e viene negoziato con l'Agenzia regionale della sanità e consolidato a livello regionale.

Esso contiene come livello minimo gli elementi di domanda e la programmazione dell'offerta con l'individuazione dei volumi, tipologia e qualità delle prestazioni da erogare da parte delle diverse strutture. Già nelle fasi iniziali del processo di programmazione di area vasta previsto nel triennio ed anche al di fuori delle scadenze annuali, potranno essere progressivamente individuati dalle aziende progetti ed azioni condivisi da attuare. E' prevedibile che nel primo anno gli aspetti programmatici di area vasta siano limitati a definire piani di lavoro o accordi circoscritti a poche attività. Nel corso degli anni, in relazione alla migliore conoscenza dei problemi ed alla più stretta collaborazione tra gli enti su obiettivi comuni, dovrà progressivamente svilupparsi un livello di programmazione più complesso in grado di definire ad esempio le relazioni, i livelli organizzativi, le attività, i volumi e le procedure per una funzione di area vasta o per un nuovo modello di continuità assistenziale o per un problema di salute o per azioni di supporto.

Il livello di intervento della programmazione di area vasta dovrà coinvolgere progressivamente almeno i seguenti temi:

- modelli di continuità assistenziale (in particolare per oncologia, cure palliative, ortopedia, anziani)
- coordinamento ed integrazione di specifici segmenti di attività territoriale (DSM, dipendenze, Dipartimento di Prevenzione)
- volumi e tipologia delle prestazioni erogate
- percorsi diagnostici e terapeutici
- tempi di attesa e prenotazioni
- erogazione diretta del primo ciclo terapeutico
- distribuzione dei farmaci H
- integrazione di segmenti di funzioni o funzioni complessive in base alle priorità definite dalla programmazione regionale
- favorire l'accesso dei cittadini alle cure tenendo conto del bacino d'utenza e della viabilità, privilegiando il meccanismo della mobilità degli operatori rispetto a quella dei cittadini, e salvaguardando, per quanto possibile, la continuità del rapporto medico paziente.

In particolare, nell'area vasta del pordenonese l'azienda territoriale dovrà supportare il miglioramento dell'accessibilità al sistema di cure anche attraverso il dipartimento della piastra servizi quale area di massima integrazione ospedale territorio.



A livello professionale, in coordinamento con l’Agenzia regionale della sanità, dovranno essere sviluppate le attività per il governo clinico, in particolare per l’assistenza ospedaliera.

### *Le strutture ospedaliere*

La programmazione per area vasta dell’offerta ospedaliera deriva dalla necessità di conseguire elevati standard assistenziali, di evitare duplicazioni non necessarie di funzioni e di migliorare l’efficienza della gestione. Questi aspetti sono ampiamente trattati nel capitolo 7 “Riorganizzare la rete ospedaliera regionale articolandola per funzioni e per area vasta” a cui si rimanda. E’ previsto il coinvolgimento delle Aziende sanitarie che rappresentano l’offerta degli ospedali inseriti nelle ASS, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere universitarie, degli IRCCS e dei soggetti erogatori privati già temporaneamente accreditati. Queste ultime 3 tipologie di struttura sono inserite a pieno titolo nella programmazione dell’offerta di area vasta in quanto rispondono a bisogni sanitari dei residenti, fanno parte a tutti gli effetti dell’offerta ospedaliera regionale e partecipano direttamente o indirettamente al finanziamento erogato con il Fondo sanitario regionale. In questo senso è necessario definire e programmare le modalità con cui il loro apporto si integra nell’offerta direttamente gestita dal Sistema sanitario regionale. Anche se inseriti nella programmazione per area vasta, le Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie ed IRCCS, svolgono funzioni di riferimento regionale come già definito dalla programmazione regionale.

### *Aziende titolari*

La programmazione regionale individua aziende “titolari” di funzione quando in area vasta una funzione viene condotta in maniera esclusiva da un’azienda che nel triennio dovrà progressivamente gestire le risorse specifiche presenti in area vasta per quella funzione. L’attività può venire esercitata anche in diverse sedi ospedaliere dell’area vasta, con diversi gradi di complessità e specializzazione, tramite accordi con le aziende interessate. Questo processo garantisce il mantenimento dell’attività collegata alla funzione specifica nelle diverse sedi ospedaliere. L’Azienda titolare di funzione presenta annualmente un piano di riordino alla Conferenza di area vasta che lo approva con decisione unanime delle strutture pubbliche. Questo piano di area vasta per funzione entra a far parte della programmazione annuale dell’azienda titolare e dei successivi percorsi (Rappresentanza dei sindaci o Conferenza permanente, negoziazione con ARS, consolidamento della GR).

### *Aziende coordinatrici*

Le aziende “coordinatrici” di funzione sono individuate dalla programmazione regionale e nel triennio hanno l’obiettivo di realizzare nell’area vasta un nuovo assetto organizzativo in grado di differenziare ed integrare le diverse sedi in cui è presente la funzione specifica. Questo processo garantisce il mantenimento delle attuali funzioni nelle diverse sedi ospedaliere. L’Azienda coordinatrice di funzione, sentite le altre Aziende, presenta una proposta di Piano di area vasta per funzione alla Conferenza di area vasta che lo approva con decisione unanime delle strutture pubbliche. I contenuti del piano entrano a far parte, per le responsabilità specifiche, nella programmazione annuale di ciascuna azienda coinvolta e seguono il consueto iter di approvazione.

## *Dipartimenti*

Il rapporto tra le azioni di area vasta ed i dipartimenti verticali ed orizzontali interaziendali impone alle aziende un'attenta analisi innanzitutto della loro organizzazione interna ed in particolare del livello di dipartimentalizzazione conseguito sino ad ora (budget di dipartimento, obiettivi di dipartimento, personale o risorse in comune ecc.) da intendersi come momento qualificante del sistema e punto di non ritorno. Ciò deve essere valutato rispetto all'attuazione della normativa contrattuale dei dirigenti che risulta diffusamente applicata a livello regionale anche con i conseguenti costi per gli incarichi dipartimentali che le aziende, nell'ambito della propria autonomia, hanno scelto di individuare e remunerare. Le aziende che sono in ritardo sulla dipartimentalizzazione (dipartimenti solo formalizzati con scarsi/assenti risultati gestionali, assenza di un budget, assenza di integrazione di spazi, attrezzature, personale, assenza di protocolli per la gestione di segmenti di attività in comune) devono operare per conseguire al più presto l'allineamento tra gli incarichi dipartimentali attivati ed il conseguimento degli obiettivi gestionali attesi da un'organizzazione dipartimentale come definita dalle norme ed auspicata da una moderna organizzazione. Nel caso in cui detti obiettivi non siano stati sinora raggiunti e non siano conseguibili in tempi brevi, appare evidente la necessità di rivedere l'assetto dipartimentale inizialmente previsto dalle aziende ricercando nuove e più efficienti forme di aggregazione delle funzioni o assegnare nuovi obiettivi al Responsabile del dipartimento ed al Comitato di dipartimento o rivedere gli incarichi assegnati tenendo conto dei costi sostenuti per gli incarichi di posizione.

Il rapporto tra il nuovo assetto organizzativo previsto per l'area vasta ed i dipartimenti interaziendali, deve considerare che nelle prime fasi del triennio le aziende saranno impegnate innanzitutto a rendere funzionante la nuova organizzazione (Conferenza dei direttori generali, Comitato di area vasta, Accordi, Piani di funzione, ecc.) ed a conseguire gli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione regionale (razionalizzazione dell'area di laboratorio analisi, microbiologia, anatomia patologica e medicina trasfusionale). Per la crescita di ulteriori e qualificate relazioni di area vasta quali quelle orientate al conseguimento degli obiettivi di salute o della equiaccessibilità (es. cardiologia, oncologia) e della messa in comune di risorse, le aziende dovranno valutare se, una volta conseguito il funzionamento della programmazione decentrata per area vasta, sarà opportuno attivare i Dipartimenti interaziendali orizzontali (funzionali) e verticali (strutturali). Relativamente alle modalità di costituzione ed ai meccanismi operativi degli stessi si rimanda alla DGR N 834 del 22/4/05 (riferimento: N. 7) Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale.

In conclusione, il cambiamento di approccio che si intende promuovere con la programmazione decentrata per area vasta è di pervenire ad un modello finale che veda la pianificazione (annuale e triennale) tenere conto delle "commesse" del Distretto organizzato secondo le disposizioni della LR 23/04 (che intercetta i bisogni assistenziali, che ha autonomia e responsabilità). Questa pianificazione (che si tradurrà nei PAL e nei PAO) organizzerà le risposte non in forma completamente autonoma e svincolata dalle altre Aziende, ma dovrà tenere conto dell'interdipendenza che si configurerà tra i servizi quando questi saranno organizzati per area vasta. Ad esempio, per alcune funzioni la programmazione regionale ha già individuato un'azienda quale coordinatrice della risposta ai bisogni che continuerà ad essere erogata nelle attuali sedi e che ciascuna azienda potrà assicurare con la propria struttura pur specializzando e differenziando la propria produzione. Per altre funzioni la programmazione regionale ha individuato un'azienda quale esclusiva titolare della funzione e quindi della risposta al bisogno che potrà anche in questo caso essere mantenuta nelle attuali sedi di erogazione pur essendo

l'organizzazione della risposta gestita da un'altra azienda. L'obiettivo complessivo è di migliorare l'efficacia, la qualità e la sicurezza, di integrare gli strumenti gestionali e di migliorare l'efficienza. In generale è il coordinamento tra le aziende a rendere più efficiente, efficace ed economica la risposta al bisogno intercettato ed esplicitato dai Distretti.

## **Strutture di governo regionale**

L'attuale assetto di governo regionale vede la presenza della Direzione centrale salute e protezione sociale, dell'Agenzia regionale della sanità e del Centro servizi condivisi.

La Direzione centrale salute protezione sociale, ai sensi Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale approvato con D.P.R. n. 0277/Pres del 27 agosto 2004, svolge funzioni di pianificazione strategica, di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti delle aziende sanitarie regionali e degli altri soggetti che svolgono funzioni del SSR. Essa cura anche i rapporti con gli Enti locali, con le Istituzioni pubbliche e con gli altri soggetti costituenti il sistema di protezione sociale. Provvede, inoltre, alla determinazione del fabbisogno di risorse finanziarie destinate ai settori sanitario, sociosanitario e sociale, fissando i criteri della loro ripartizione e ne cura la gestione. Infine, cura i rapporti ed i progetti di collaborazione, nelle materie di competenza, con le altre Direzioni centrali, con gli organi dello Stato, con le altre Regioni e con le organizzazioni internazionali.

Nello svolgimento delle sue funzioni la Direzione centrale salute e protezione sociale, oltre ad avvalersi del supporto dell'Agenzia regionale della sanità, attiva relazioni dirette con le aziende sanitarie e con le aree vaste al fine di meglio definire gli aspetti della programmazione strategica e per verificarne periodicamente il livello di realizzazione.

Ai sensi della L.R. 37/97 e 49/96 e successive modificazioni, l'Agenzia regionale della sanità ha compiti di attuazione della programmazione sanitaria nell'ambito della pianificazione strategica regionale e compiti di osservazione epidemiologica a supporto dell'attività di pianificazione e valutazione dei risultati conseguiti. Essa, inoltre, adotta, consolida e verifica gli atti di programmazione annuale e triennale delle aziende sia in fase preventiva che consuntiva. In questo senso l'ARS verifica e controlla i bilanci delle Aziende sanitarie, assicura il controllo di gestione, il monitoraggio e negozia con le aziende gli obiettivi e le risorse annuali e triennali.

Nello svolgere queste funzioni l'Agenzia assicura un ruolo di supporto e coordinamento delle aziende sanitarie sia a livello gestionale, in particolare nel settore tecnologie ed investimenti, che a livello professionale operando con attività di governo clinico assieme ai professionisti individuati dalle aziende.

La LR n. 20/04 ha istituito il Centro servizi condivisi che ha iniziato la sua attività con il 2005. Nel triennio 2006-08 il CSC dovrà operare per razionalizzare le attività di supporto alla funzione sanitaria rapportandosi con le Aziende secondo quanto stabilito nello statuto e conseguendo i risultati economici indicati nel Piano triennale del CSC già deliberato dalla Giunta regionale. La disponibilità delle risorse di cui è stato programmato il recupero è vincolante per l'attuazione del presente Piano. Per conseguire pienamente gli obiettivi previsti dal sistema è necessaria una riorganizzazione dei servizi amministrativi e di supporto che dovranno attivare un processo di riconversione in quanto, con la progressiva cessione di alcune funzioni aziendali al CSC (es. acquisti), il personale che nelle aziende veniva impiegato per queste attività, potrà essere diversamente impiegato o non sostituito nel tempo. In tal senso dovranno essere riviste l'organizzazione e la dotazione di servizi amministrativi e di supporto all'interno delle aziende.

## Scheda di sintesi del riassetto organizzativo

AREA D'INTERVENTO		INDIRIZZI PRIORITARI DI PIANO
<b>Distretto</b>	Programmazione integrata	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PAT</li> <li>▶ PdZ</li> </ul>
	Ruolo nell'area vasta	▶ L'ASS rappresenta i bisogni del distretto nell'area vasta
	Confine tra ospedale e territorio	▶ Sperimentazione di forme di collaborazione per trasferire alcune funzioni ospedaliere (es. oculistica non interventistica) sotto la diretta responsabilità delle ASS
<b>Area Vasta</b>	Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ tre aree vaste Giuliano-Isontina, Udinese, Pordenonese</li> <li>▶ tre aziende coordinatrici ASS1, ASS4, ASS6 (prima tra pari)</li> <li>▶ decisioni all'unanimità</li> <li>▶ conferenza dei direttori generali</li> <li>▶ comitato di area vasta</li> </ul>
	Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Accordi</li> <li>▶ IRCCS e PUGD partecipano</li> <li>▶ Aziende titolari</li> <li>▶ Aziende coordinatrici</li> <li>▶ Dipartimenti</li> </ul>
	Temi affrontati	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Programmazione decentrata</li> <li>▶ Continuità assistenziale</li> <li>▶ Mobilità sanitaria</li> <li>▶ Relazioni tra nodi ospedalieri</li> <li>▶ Relazioni per funzioni territoriali</li> </ul>
<b>Strutture di livello regionale</b>	Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pianificazione strategica</li> <li>▶ Indirizzo</li> <li>▶ Coordinamento</li> <li>▶ Verifica</li> </ul>
	Agenzia Regionale della Sanità	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Attuazione della pianificazione strategica</li> <li>▶ Osservazione epidemiologica</li> <li>▶ Governo clinico</li> <li>▶ Supporto all'attività di pianificazione</li> <li>▶ Tecnologie ed investimenti</li> <li>▶ Valutazione dei risultati conseguiti</li> </ul>
	Centro Servizi Condivisi	▶ Razionalizzazione dell'attività di supporto alle funzioni sanitarie

## CAPITOLO 5

# LA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE, LA SANITÀ PUBBLICA TERRITORIALE, LE CURE INTERMEDIE E LA CENTRALITÀ DEL DISTRETTO

L'INVESTIMENTO NELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

LA PARTECIPAZIONE

L'INTEGRAZIONE CON LE STRUTTURE OPERATIVE AZIENDALI

L'ORGANIZZAZIONE INTERNA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

LE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'ORIENTAMENTO PROATTIVO DEI SERVIZI

LO SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

LO SVILUPPO DI COMUNITÀ

### L'investimento nella prevenzione e promozione della salute

Su questi temi è prevista una programmazione regionale coerente con le direttive del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie che ha fornito indicazioni alle Regioni per la elaborazione di due documenti di Piano per la prevenzione. Il primo riguarda la prevenzione delle malattie cardiovascolari, il piano vaccinale, il diabete e gli screening oncologici (PAP test, mammografia e colon retto). Il secondo documento riguarderà la prevenzione degli incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, il controllo dell'obesità e le recidive di incidenti cardiovascolari. La trattazione tecnica di questi argomenti è rinviata ad altri documenti deliberati dalla Giunta regionale; in questa sede si richiamano i contenuti e le strategie generali.

Richiamandosi agli obiettivi indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 recentemente adottato (25 marzo 2005) dalla Conferenza Stato Regioni, che a sua volta riprende i temi dell'accordo di Cernobbio, si evidenziano i seguenti temi strategici di intervento:

- **Prevenzione cardiovascolare, diabete ed obesità** comprensiva di interventi (da potenziare) che puntano a migliorare comportamenti e stili di vita (riducendo così i fattori di rischio ed agendo anche nelle prime epoche della vita) e di interventi che mirano a ridurre le complicanze e le recidive (in cui è fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta);
- **Diagnosi precoce dei tumori:**
  - consolidamento/miglioramento dello *screening* per il tumore della cervice uterina
  - avvio dello *screening* del tumore mammario
  - analisi di fattibilità e definizione del programma di *screening* del cancro del colon retto
- **Vaccinazioni e sorveglianza delle malattie infettive:**
  - Condividere, tramite apposita Commissione regionale con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, i criteri per la scelta dei nuovi vaccini (fondati sull'EBP e su scelte che ne graduino la priorità), definire l'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per categorie particolari, valutare l'opzione e l'introduzione di altri preparati in relazione alle condizioni epidemiologiche, raccordando le strategie con i dati epidemiologici del FVG

- Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive integrando, sul modello di altri Paesi Europei, tutte le informazioni disponibili nel Sistema Informativo Regionale (anche nell'ambito dell'implementazione di un sistema informativo regionale della prevenzione) o con indagini e studi specifici.
- **Prevenzione degli incidenti stradali:**
  - Contribuire all'obiettivo fissato dall'OMS di ridurre del 50% la mortalità e disabilità per incidente stradale attraverso l'attività di educazione sanitaria
  - Proseguire nella raccolta dei dati di analisi e partecipare alla costituzione dell'osservatorio epidemiologico degli incidenti stradali
  - Sviluppare strumenti e programmi di comunicazione, informazione educazione, per promuovere la cultura della sicurezza stradale nella popolazione ed indurre il cambiamento degli stili di vita e dei comportamenti a rischio.
  - Contribuire alla diffusione della cultura della sicurezza stradale nella Amministrazione Pubblica, anche con iniziative di formazione per il personale degli Enti Locali.
  - Creare le precondizioni strutturali ed ambientali, in collaborazione anche con altre Direzioni centrali, idonee alla prevenzione degli incidenti stradali ed alla conduzione di stili di vita sani anche in tema di mobilità.
  - Individuare percorsi per approfondire la conoscenza degli incidenti domestici e, attraverso l'analisi del fenomeno, definire strategie di prevenzione possibili, anche in sinergia con attori esterni alla sanità.

Alcuni di questi temi potranno essere sviluppati anche nell'ambito delle matrici progettuali per i Piani di Zona. Particolare sviluppo in tale ambito dovrà trovare la promozione di interventi di miglioramento necessari a favorire e rendere possibile la mobilità degli utenti deboli della strada tra cui disabili e persone anziane.

- **Tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.**

Nel rinviare la trattazione di questo tema alla seconda parte del Piano regionale della prevenzione, si richiamano alcune indicazioni sulla strategia generale. La cultura della prevenzione degli infortuni sul lavoro si associa ad un lavoro di qualità, regolare e sicuro. Questo fatto consente uno sviluppo economico duraturo e senza infortuni come è negli obiettivi del FVG che pertanto intende potenziare gli interventi di prevenzione e sicurezza. Nel definire gli obiettivi di prevenzione è previsto il ruolo essenziale del Comitato regionale ex art. 27 D.Lgs 626/94 a cui nel triennio saranno resi disponibili ulteriori elementi informativi desunti dalle schede di morte, pronto soccorso ecc. Le azioni programmate dovranno rispondere ai criteri di prevenzione basata sulle prove riconosciute dalla comunità scientifica (azioni di provata efficacia). A livello regionale sarà sviluppata una politica attiva di coordinamento, vigilanza, assistenza e coordinamento per i diversi soggetti coinvolti e dovranno essere garantite alle Aziende per i servizi sanitari le risorse necessarie per svolgere i volumi di attività programmata. Dovranno essere definiti specifici indicatori di attività e controllo al fine di adeguare e dimensionare ai risultati attesi i volumi delle attività di vigilanza, ispezione e repressione. Le aziende per i servizi sanitari dovranno garantire ai servizi periferici quanto previsto dalle DGR N. 3926 e 3927 del 2002 e promuovere lo sviluppo di interventi di formazione ed informazione integrati (con le scuole, associazioni, istituzioni ecc.). Sul livello di raggiungimento di questo specifico punto l'ARS dovrà riferire al citato Comitato ex articolo 27. Dovrà, inoltre, essere perseguito il pieno coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza innanzitutto con il loro censimento. Sono previsti anche interventi sulle malattie professionali e su altri aspetti di rilievo come gli infortuni a lavoratori stranieri, l'amianto, il

mobbing, le disabilità e l'inserimento lavorativo del lavoratore "inabile". Infine, dovranno essere mantenute e potenziate la comunicazione dei risultati raggiunti con la definizione di specifici indicatori.

Alle priorità indicate dal Piano Nazionale si affiancano inoltre quelle dettate dalle esigenze del FVG:

- **Sicurezza alimentare:** premesso che l'analisi del rischio rappresenta uno strumento essenziale per garantire la sicurezza degli alimenti, è indispensabile l'attivazione di sistemi di sorveglianza e monitoraggio sulla situazione sanitaria degli allevamenti, sul livello di contaminazione degli alimenti e sulla incidenza di infezioni di origine alimentare nell'uomo. Tutto questo, considerando i diversi aspetti della catena di produzione alimentare come un unico processo a partire dalla produzione primaria inclusa. Appare pertanto necessario avere a disposizione un sistema informativo omogeneo regionale e realizzare una banca dati delle attività produttive del settore alimentare. La pianificazione di ispezioni e campionamenti, che le normative di indirizzo europeo (Reg 882/2004/CE) inquadrano quale atto fondamentale per la verifica dei sistemi di autocontrollo adottati dagli operatori degli stabilimenti alimentari, dovrà essere orientata alla valutazione dei rischi presenti sul territorio regionale per quanto realisticamente possibile. Dovranno essere individuate modalità comuni per il rilascio degli atti previsti dalla normativa sugli alimenti, sia alla luce delle discrepanze interpretative delle vecchie norme, sia nell'ottica dei nuovi dispositivi comunitari.

La strategia indicata dal Libro Bianco sulla Sicurezza Alimentare, e quindi dal Reg. 178/2002/CE, riassunta dallo slogan "dai campi alla tavola", evidenzia inoltre la necessità di trovare momenti d'incontro e di coordinamento con i vari attori partecipanti alla sicurezza degli alimenti: Sanità, Agricoltura, Associazioni di Categoria e di consumatori.

- In particolare, nell'ambito dell'area della **veterinaria**, per la profilassi malattie infettive animali dovranno essere attivate azioni per il mantenimento e miglioramento dello stato sanitario degli allevamenti bovini attraverso il proseguimento del risanamento degli allevamenti con particolare riferimento alla rinotracheite infettiva, alla malattia delle mucose-diarrea da virus ed alla paratubercolosi. Nel corso del triennio dovrà essere integrata e coordinata l'attuazione dei 3 principali piani di controllo annuale (residui di farmaci e contaminanti ambientali, alimentazione animale e controllo degli alimenti di origine animale) e migliorato il sistema di sorveglianza sanitaria degli allevamenti e del livello di contaminazione degli alimenti di origine animale. Per il conseguimento di questi obiettivi sarà attivata una banca dati delle attività produttive del settore alimentare condivisa con il Servizio igiene degli alimenti e nutrizione, le attività ispettive e di campionamento saranno pianificate sulla base dell'analisi del rischio e saranno coinvolti nel progetto le principali componenti interessate alla sicurezza alimentare (agricoltura, associazioni di produttori e consumatori).

Si rinvia ad altri documenti tecnici la prevenzione e la gestione della possibile pandemia di influenza aviaria.

Nel corso del triennio dovranno essere messi a punto protocolli omogenei e condivisi a livello regionale per la diagnosi e la prevenzione delle patologie genetiche a carattere ereditario. I principi secondo cui le strutture regionali di genetica dovranno operare in tema di consulenze genetiche ed esame del DNA sono: il consenso informato, il

rispetto della privacy, l'intervento sulle situazioni a rischio, l'integrazione con le associazioni di volontariato e di tutela ed il rispetto dei valori etici.

### *La partecipazione*

Nell'ambito del processo di cambiamento del rapporto con i cittadini si sta verificando il passaggio da una prevenzione "somministrata" alle persone (campagne di vaccinazione, interventi di vigilanza ecc.) ad una prevenzione condivisa con la comunità e da essa partecipata; ciò nel contesto di una programmazione elaborata localmente, espressione di una strategia mirante a promuovere la salute.

Gli obiettivi di salute andranno pertanto perseguiti con programmi di attività che realizzino il più possibile i principi richiamati dalle "Linee guida per la prevenzione sanitaria e l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione" adottate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 luglio 2002, cercando cioè di coniugare la prevenzione con la promozione della salute e con l'equità sociale, intesa come "uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti".

In questo ampliamento di prospettiva i Dipartimenti di Prevenzione devono riconoscere nei distretti il luogo dell'integrazione e della condivisione dei programmi, proprio in quanto il Distretto – espressione dell'assistenza sanitaria primaria - costituisce lo snodo dell'integrazione sociosanitaria e diventerà sempre più il punto di riferimento per il cittadino. Ad esempio, l'organizzazione delle campagne di screening dovrà essere definita e valutata insieme al Distretto nel suo impatto sulla popolazione di riferimento, con l'obiettivo di garantire l'accesso ai servizi di diagnosi precoce a tutti i soggetti delle fasce di età a rischio.

Il ruolo del Dipartimento può essere di coordinamento e di direzione delle strategie di prevenzione collettiva ed in questo senso vanno riposizionate le iniziative di prevenzione e di promozione della salute. Queste ultime non possono prescindere dai bisogni di salute (espressi e non), analizzati e rappresentati in ambito distrettuale, cui anche i Dipartimenti di Prevenzione, con le conoscenze e competenze epidemiologiche che sono loro proprie, devono partecipare. Questo anche in relazione alle problematiche di carattere ambientale ed al loro impatto sulla salute, in collaborazione con ARPA e Comuni. Quanto detto è in linea, oltre che con la L.R. 23/04, con le strategie in materia di sanità pubblica dell'U.E. (Programma di Azione Comunitario 2003-2008) e nazionali (Linee guida per la prevenzione, già citate, e Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007).

E' quindi evidente come l'obiettivo da perseguire non può essere il trasferimento di competenze o di risorse verso il Distretto, bensì il riconoscimento di quest'ultimo quale luogo elettivo del processo decisionale; sarà così l'UCAD la sede del confronto e dell'elaborazione condivisa di programmi locali, senza alcun conflitto circa la titolarità tecnica delle materie, e la redazione dei PAT e PDZ sarà l'occasione concreta per pianificare gli interventi integrati tra i diversi attori del sistema sanitario e sociale.

Nel confronto con il Distretto saranno da promuovere la revisione ed il miglioramento degli assetti organizzativi del sistema di erogazione delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione, con particolare riferimento a quelle alla persona, in quanto va perseguita la massima distrettualizzazione possibile – compatibilmente con la necessità di un utilizzo efficiente delle risorse – per portare la sede di erogazione della risposta vicino al cittadino (nel suo "punto di riferimento per la salute"), e rendere facilmente ed ugualmente accessibili per tutti, le prestazioni che sono garantite nell'ambito dello specifico livello di assistenza.



### *L'integrazione con le strutture operative aziendali*

Se è indispensabile che il Dipartimento di Prevenzione si rivolga alla comunità – tramite il Distretto – per ascoltarla e sostenerla nell'attivazione di processi comunitari di promozione della salute, è evidente che in ogni azienda sanitaria è opportuno che sia individuato un unico riferimento per le tematiche di prevenzione e promozione della salute: il Dipartimento è culturalmente e tecnicamente attrezzato per assumere questa funzione di referente, esercitando un vero e proprio ruolo di coordinamento funzionale/organizzativo di tutte le specifiche iniziative. Al Dipartimento di Prevenzione infatti va riconosciuto, oltre al possesso delle competenze tecnico-professionali (analisi, valutazione, gestione e comunicazione del rischio, promozione attiva, supporto organizzativo e metodologico delle azioni di prevenzione), anche la titolarità tecnico-professionale delle azioni di promozione della salute, la cui strategia dal punto di vista del governo, dovrà essere espressione dei programmi definiti in sede di Direzione strategica aziendale.

### *L'organizzazione interna del Dipartimento di prevenzione*

Poiché il prodotto finale erogato, oltre a rispettare i criteri di efficacia, deve rispondere alle aspettative del cittadino ed alle esigenze di efficienza nell'impiego delle risorse, è necessario migliorare l'integrazione tra le singole unità operative del Dipartimento massimizzando i benefici dell'utilizzo integrato delle risorse ed aumentando la coerenza delle procedure e dei processi con gli obiettivi di salute e tenendo conto dell'apporto di tutti i servizi, ciascuno in base alle proprie competenze.

Per il governo tecnico del rischio alimentare può assumere particolare importanza l'integrazione operativa tra i servizi che si occupano di igiene degli alimenti (sia quelli di origine animale che quelli non animali) e, parimenti, va salvaguardato ed arricchito l'apporto alla multidisciplinarietà (che caratterizza ed arricchisce il Dipartimento di Prevenzione) della componente veterinaria.

Questa coerenza interna, come riflesso di un approccio maturo e condiviso, deve essere perseguita da tutti i Dipartimenti della regione e deve associarsi ad una integrazione tra i 6 Dipartimenti o nell'ambito di area vasta, così da migliorare – attraverso la collaborazione tra professionisti appartenenti a realtà territoriali diverse – la qualità della risposta al cittadino (ad esempio in termini di omogeneità ed accessibilità).

L'attivazione di una funzione programmatica attuativa per l'area vasta che in primo luogo riguarda l'analisi dei bisogni e successivamente la definizione dell'offerta, deve coinvolgere anche i Dipartimenti di prevenzione che possono così valutare in termini epidemiologici più ampi i bisogni ed i risultati conseguiti. Sul versante organizzativo e di integrazione potranno essere realizzate importanti sinergie ed integrazioni ad esempio nel rapporto con l'ARPA per l'ambiente e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, nonché con l'Istituto zooprofilattico per la sicurezza alimentare e la sanità animale.

Lo sviluppo di nuove forme di collaborazione e di organizzazione regionale o di area vasta rappresenta un prerequisito per affrontare il tema delle modifiche dell'assetto istituzionale del SSR che sono previste dalla programmazione regionale a medio-lungo termine. I tavoli di lavoro regionali dovranno pertanto essere finalizzati alla collaborazione ed al confronto garantendo la rappresentatività in fase propositiva ed il ritorno (a tutto il Dipartimento di appartenenza) delle decisioni riguardo i temi trattati siano essi temi emergenti, aspetti specifici di particolari servizi o semplici aggiornamenti di procedure.

Funzionale al conseguimento degli obiettivi di cui sopra è lo sviluppo del sistema informativo per la raccolta ed elaborazione dei dati dell'attività istituzionale ed in particolare quello dei servizi veterinari, relativi all'igiene alimenti di origine animale, alla

sanità e al benessere animale con la costituzione di una banca dati regionale utilizzabile anche ai fini epidemiologici.

### ***Le attività di promozione della salute***

Nel corso degli ultimi anni, in parte programmati a livello regionale (progetto 6+1, lesioni da decubito, infezioni ospedaliere ecc.) ed in parte sviluppati nell'ambito dell'autonomia aziendale (ospedali per la promozione della salute, iniziative locali parcellizzate), sono stati condotti numerosi interventi riconducibili alla promozione della salute.

Appare necessario che a livello aziendale, di area vasta e regionale sia attivo un momento di coordinamento dei progetti al fine di verificare la loro congruenza con la strategia regionale, la rispondenza dei progetti ai concetti di EBP, l'integrazione delle diverse attività svolte, la mappatura delle risorse impiegate e la diffusione dei risultati raggiunti.

In termini operativi le aziende dovranno censire le attività di promozione della salute già in essere e verificare quanto sopra riportato. A livello di area vasta dovranno essere conseguite le possibili integrazioni delle diverse attività e definite linee comuni di indirizzo e coordinamento. A livello regionale dovranno essere integrate le attività della rete degli ospedali per la salute con le attività del tavolo tecnico interaziendale per la promozione e l'educazione alla salute che opera nell'ambito del coordinamento dei Dipartimenti di prevenzione e dovrà essere fornito il necessario supporto per la formazione. In base a questi elementi e tenendo conto della strategia regionale che valorizza il concetto di promozione della salute su molti livelli (anziani, salute mentale, disabili, minori, dipendenze) e che ricerca alleanze nell'ambito dei PdZ, dovranno essere coordinati gli interventi di promozione della salute previsti nel presente Piano e nella prima e seconda parte del Piano regionale di prevenzione (diabete, screening oncologici, malattie cardiovascolari, vaccinazioni, incidenti stradali, incidenti domestici, obesità, infortuni sul lavoro).

### **L'orientamento proattivo dei servizi**

L'evoluzione della struttura demografica della popolazione regionale e delle reti familiari, nonché la ricomposizione delle reti informali di cura, richiedono un significativo potenziamento ed un sostanziale ri-orientamento (ri-qualificazione) degli interventi sul territorio. L'analisi del bisogno di salute della popolazione regionale ha evidenziato che esiste una consistente quota di popolazione con problemi di salute che viene conosciuta in ritardo dai servizi o non viene conosciuta affatto. Questo fenomeno evidenzia delle criticità del sistema di offerta riferibili all'accessibilità ed all'informazione ma denuncia al contempo una modalità operativa dei servizi che si fonda sulla domanda espressa, mutuando in questo senso l'approccio ospedaliero.

Il problema diventa molto serio, con evidenti rischi di iniquità, soprattutto quando riferito a quella parte di popolazione vulnerabile e fragile che spesso non è in grado di costituirsi come domanda (anziani, disabili, persone con problemi di salute mentale...). Un sistema che conformi gli stili operativi, i modelli organizzativi e gestionali e le culture professionali alla strategia di attesa è anche fortemente esposto a rischi di inefficienza e di bassa qualità degli interventi, soprattutto in termini di esito.

Con il presente Piano si intende perseguire un riorientamento di tutti i servizi verso stili operativi che agiscano attivamente nella presa in carico, anche anticipata e leggera, dei bisogni di salute. Questo orientamento proattivo dei servizi è certamente, prima che un

problema organizzativo, un cambiamento delle culture professionali degli operatori del territorio che si devono attrezzare, anche tecnicamente, per operare una reale riconversione operativa verso la promozione della salute e la conoscenza anticipata dei bisogni.

## **Lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria**

Una forte spinta verso processi avanzati di integrazione sociosanitaria ai diversi livelli è stata data dalla L.R. 23/2004 e dagli atti di Giunta collegati (Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona e dei Programmi delle Attività Territoriali), ai quali si rimanda per gli aspetti di merito. Si richiama qui come tutta la normativa nazionale e regionale, in materia di integrazione sociosanitaria, orienta l'organizzazione degli interventi secondo un approccio guidato dal bisogno, che colloca al centro del sistema la persona con i problemi legati al suo stato di salute, e al contempo la valorizza come portatrice di risorse in termini di saperi, competenze, legami che un progetto di intervento deve saper cogliere e promuovere. L'approccio guidato dalla domanda favorisce l'autoattivazione delle persone e dei contesti, promuove la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità, considera e incide sulle determinanti socio-economiche della salute la cui importanza è dimostrata in particolare nelle aree dell'integrazione sociosanitaria.

I primi passi della pianificazione locale integrata in Regione, evidenziano la possibilità di utilizzare questo tipo di approccio nello sviluppo delle strategie di integrazione ai diversi livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

In particolare la LR n.23/2004 prevede che il PAT, per la parte comprendente le aree dell'integrazione sociosanitaria, coincida con l'omologo PDZ. Il relativo accordo di programma rappresenta pertanto la modalità operativa per dare corpo formale all'integrazione istituzionale.

Le strategie di integrazione gestionale e professionale, già affrontate negli atti citati, saranno più avanti riprese e sviluppate.

## **Lo sviluppo di comunità**

La capacità di risposta che il sistema dei servizi saprà esprimere nei confronti delle persone non autosufficienti sarà direttamente proporzionale alla efficacia dello stesso nell'esprimere la proattività anche in termini di capacità di incremento del "sistema delle opportunità" nel territorio. Queste strategie sono certamente vincolate al potenziamento dei servizi pubblici del territorio, ma soprattutto legate ad una nuova interpretazione che di questi servizi si deve dare, orientandoli secondo il principio della sussidiarietà promozionale e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità. E' fondamentale, infatti, che il distretto e le altre strutture territoriali, nell'organizzare il proprio agire, si muovano nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni di utilità sociale che nascono all'interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni. Non è sufficiente un sistema di servizi forte se è strutturato come un sistema di delega che finisce per de-responsabilizzare le comunità locali ed impoverirne la qualità delle relazioni sociali.

I servizi pubblici territoriali dovranno perciò essere in grado di ricomporre la delega de-responsabilizzante per mettere in rete e governare la costruzione delle risposte ai bisogni socio-sanitari, integrando le diverse risorse in mix innovativi di interventi e di forme gestionali.

Si tratta in particolare di trovare nuove strategie per gestire gli interventi rivolti alle persone che, colpite da forme diverse di menomazione, sperimentano una limitazione

dell'attività ed una restrizione della partecipazione nelle situazioni di vita con una significativa compromissione del funzionamento bio-psico-sociale.

Il funzionamento sociale – *functioning* nell'ICF - concetto chiave del nuovo paradigma di salute proposto dall'OMS - è la "risultante positiva" della correlazione tra condizioni di salute e fattori di contesto (ambientali e personali). In altri termini, si ha funzionamento sociale quando, anche in presenza di menomazioni (intese come problemi della struttura corporea o delle funzioni – anche quelle psicologiche –), l'attività e la partecipazione delle persone non sono compromesse anche grazie al fatto che sono intervenuti cambiamenti – in termini di facilitazioni – del contesto.

E' anche su questi cambiamenti di contesto (sistema delle opportunità) che si deve dirigere la nuova strategia pianificatoria, sia attraverso l'integrazione con il sistema dei servizi sociali (di cui si è già detto), sia attraverso l'integrazione delle diverse politiche (casa, formazione, lavoro, trasporti...) ed il conseguente coinvolgimento di altri attori istituzionali e non, in particolare di quei soggetti espressione della società civile che operano per lo sviluppo delle comunità.

Per esprimere operativamente questa esigenza di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei soggetti comunitari è necessario definire e sperimentare nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, in particolare sostenendo attivamente le proposte che realizzano partenariati tra pubblico e "privato sociale accreditato" (cooperazione sociale, associazionismo e volontariato) finalizzati alla "valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata" [Legge 328/2000], anche rivedendo e innovando le attuali forme di rapporto con il terzo settore, ancora troppo spesso improntate secondo una logica cliente/fornitore. Si tratta di promuovere modelli evoluti di gestione condivisa (cogestione) pubblico/privato sociale, attraverso nuovi strumenti di affidamento dei servizi, perché le consistenti risorse che gli interventi sociosanitari richiedono, si riconvertano e diventino un moltiplicatore delle risorse dei soggetti, delle famiglie, del contesto sociale, delle comunità.

In particolare i progetti personalizzati, dove sostenuti da risorse economiche dedicate (es. budget di cura), possono rappresentare un formidabile strumento per realizzare un passaggio effettivo da un welfare dei servizi, dove gli utenti sono destinatari passivi, ad un *welfare* di comunità, dove le persone ri-acquistano un protagonismo possibile e dove le risorse messe in campo assumono un carattere di investimento sulla comunità e sullo sviluppo, anche economico, della stessa.

### LE AZIONI PER IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

#### ASSISTENZA DISTRETTUALE

##### *L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO*

- IL PUNTO UNICO DI ACCESSO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA "PRESA IN CARICO"
- LO SVILUPPO E LA RIQUALIFICAZIONE DELLE UNITÀ MULTIPROFESSIONALI DI PROGETTO
- IL PROGETTO PERSONALIZZATO
- IL COORDINATORE DEI CASI (*CASE MANAGER*)
- AZIONI INNOVATIVE

##### *ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (MMG E PLS)*

##### *ASSISTENZA FARMACEUTICA*

##### *ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE*

##### *TEMPI DI ATTESA*

##### *ASSISTENZA DOMICILIARE*

- IL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE
- IL SERVIZIO RIABILITATIVO DOMICILIARE
- ASSISTENTI FAMILIARI STRANIERE (*BADANTI*)
- ABITARE PROTETTO

##### *ASSISTENZA RESIDENZIALE A BREVE PERIODO (RSA)*

##### *ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA*

##### *ASSISTENZA ALLE PERSONE ANZIANE*

##### *ASSISTENZA SEMI-RESIDENZIALE*

##### *ASSISTENZA RESIDENZIALE A LUNGO PERIODO*

##### *ASSISTENZA ALLE PERSONE DISABILI*

##### *ASSISTENZA MATERNO INFANTILE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA*

#### ASSISTENZA ALLE PERSONE CON PROBLEMI PSICHIATRICI: IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

##### *LA RISPOSTA ALL'URGENZA-EMERGENZA: I SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA*

##### *ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA, PRESA IN CARICO SUL TERRITORIO: I CENTRI DI SALUTE MENTALE*

##### *L'ATTIVITÀ RIABILITATIVA*

#### ASSISTENZA ALLE PERSONE CON PROBLEMI DI DIPENDENZE

##### FONDO PER L'AUTONOMIA POSSIBILE

##### SCHEDE DI SINTESI PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

### Assistenza distrettuale

#### *L'assistenza Distrettuale – L'organizzazione del Distretto*

Si ribadisce la necessità di rafforzare il sistema di lavoro integrato tra Distretto e Ambito riproponendo gli obiettivi strategici già individuati nelle "linee guida per la predisposizione dei PdZ e dei PAT".

Gli interventi dovranno perciò prevedere:

- la diffusione di punti unici di accesso ai servizi sociosanitari per il miglioramento della "presa in carico";
- lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità Multiprofessionali in tutte le aree di integrazione sociosanitaria;
- l'affermazione diffusa dell'utilizzo del progetto personalizzato;
- lo sviluppo della funzione di coordinatore del caso (*Case Manager*);

### *Il punto unico di accesso per il miglioramento della “presa in carico”*

Come già proposto con le linee guida per la Programmazione locale PAT/PDZ , al fine di garantire ai cittadini una risposta rapida alle loro esigenze e richieste, si prevede che vengano istituiti dei punti unici di accesso ai servizi.

La necessità di creare punti unici di accesso risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- ottenere risposte alle proprie richieste, senza dispersione di tempo e di energie e senza sovrapposizione dei compiti e ruoli da parte delle strutture pubbliche;
- essere a conoscenza delle risorse di carattere sociosanitario disponibili nel territorio;
- essere orientati sull'utilizzo e le caratteristiche dei servizi sociosanitari erogati.

Il punto unico di accesso rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata e in rete tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio. Questo approccio presuppone, perché la presa in carico sia effettivamente integrata, un intenso lavoro di collegamento ed integrazione per la ristrutturazione dei processi di comunicazione e di scambio di informazioni e percorsi tra i diversi nodi che compongono la rete sociosanitaria territoriale.

La presa in carico da parte del Distretto di persone in situazione di bisogno sanitario e sociosanitario è uno degli aspetti più critici nell'attuale sistema di offerta.

Per una quota rilevante di utenti colpiti da eventi acuti ad elevato potenziale disabilitante, permangono significative “discontinuità” nel passaggio tra la fase intensiva della cura (ospedaliera acuzie) e la fase estensiva (ospedaliera post-acuzie e distrettuale), e tra la fase estensiva e quella richiedente cure protratte (distrettuale). Le dimissioni ospedaliere cosiddette “difficili” rappresentano infatti un momento particolarmente critico del percorso assistenziale degli utenti, che deve essere gestito attivamente da parte dei Distretti per garantire la continuità delle cure e il massimo livello di efficacia degli interventi post-dimissione, evitando di scaricare sulle famiglie pesi troppo gravosi che potrebbero condizionare il rientro dell'utente al proprio domicilio. Per queste situazioni è necessario individuare e sperimentare nuovi strumenti per l'identificazione precoce delle persone che avranno bisogno di un accompagnamento nella fase di dimissione, al fine di definire e garantire in modo tempestivo gli interventi e i trattamenti appropriati dopo la dimissione, anche attraverso il raccordo con *équipes* multiprofessionali del territorio per casi particolarmente complessi. In particolare, andranno sperimentate nuove strategie organizzative e gestionali di presa in carico che accompagnino e agevolino famiglie ed utenti nell'organizzazione di tutte le attività ed interventi necessari ad assicurare il rientro della persona al proprio domicilio. Fondamentale in questo senso sarà l'affermazione operativa del progetto personalizzato, la funzione di *case management* e lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità multiprofessionali di progetto.

Esiste inoltre una quota rilevante di persone sul territorio che, pur non costituendosi ancora come domanda espressa, sono portatori di bisogni sociosanitari importanti e tali da configurare questi soggetti come fragili e quindi fortemente esposti al rischio della non autosufficienza. Queste persone rimangono sconosciute ai servizi distrettuali almeno fino al concludersi del bisogno e talvolta (spesso) anche dopo. Anche per questa popolazione è necessario identificare nuove strategie di presa in carico, che consentano, anticipando la conoscenza dei problemi ed attivando conseguenti strategie di intervento, di allontanare quanto più possibile la comparsa di importanti limitazioni nell'autonomia e di aumentare gli anni vissuti liberi da disabilità importanti. A questo riguardo acquista significativa rilevanza, oltre alla disseminazione dei punti unici di accesso, una integrazione effettiva nella rete da parte dei MMG, la riorganizzazione dei servizi domiciliari, la realizzazione di

nuove forme di coinvolgimento delle comunità locali e l'introduzione di nuovi strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno.

Incrementare l'accessibilità ai servizi ed aumentarne i livelli di integrazione sono uno dei presupposti fondamentali per la realizzazione degli obiettivi strategici del piano. Il contrasto all'istituzionalizzazione richiede infatti anche l'organizzazione di un sistema veloce ed efficiente di risposte a bisogni di carattere sociosanitario che attivino reti d'intervento costituite da diversi attori: Distretto, servizi sociali, volontariato, cooperative sociali. In questo senso è prevista la sperimentazione di nuove modalità di intervento per le emergenze sociosanitarie territoriali (pronto soccorso sociale) che si avvalgano dello sviluppo delle nuove tecnologie informatiche per facilitare l'accessibilità dei cittadini ai servizi e per realizzare un primo orientamento al *setting* di risposta maggiormente adeguato al bisogno riscontrato.

#### *Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità multiprofessionali di progetto*

Sempre di più si manifesta con forza l'esigenza di rivedere l'organizzazione e la natura stessa delle unità valutative distrettuali, con l'obiettivo di ridefinire l'intero processo che porta alla scelta ed al governo dei migliori percorsi di salute per il cittadino, superando la connotazione amministrativa e statica che spesso l'Unità di valutazione distrettuale (UVD), così come organizzata oggi, si ritrova ad assumere. La revisione dell'UVD è importante anche in relazione al nuovo ruolo che è chiamata ad assumere rispetto ai compiti affidatigli con il regolamento di attuazione dell'art. 32 LR 10/98.

In questo senso la definizione stessa "Unità di Valutazione" rischia di essere interpretata in forma riduttiva, riferendosi al solo momento valutativo (anche se inteso in termini circolari e dinamici) ed è forse più adeguato riferirsi ad Unità multiprofessionali di progetto (ricomprendendo in questa definizione le Unità di valutazione distrettuale - UVD-, l'équipe multidisciplinare dell'handicap, l'équipe minori...) dove è più chiaro che si realizzano, oltre alle funzioni valutative, quelle di *progettazione condivisa*, dando a questa funzione un'accezione dinamica ed estesa che comprende anche componenti amministrative e di utilizzo di risorse anche finanziarie, configurando uno stile di lavoro per équipe territoriali integrate sul caso.

Per garantire questo passaggio si dovrà assicurare alle Unità multiprofessionali di progetto un'autonomia gestionale, cioè un effettivo potere decisionale attraverso il governo delle risorse utili a soddisfare i bisogni identificati nell'ambito di un *budget* dato, in modo tale che quanto definito nei progetti personalizzati possa essere concretamente attuato, sulla base di criteri espliciti di priorità e con l'opportunità di procedere a monitoraggi continui dell'evoluzione dello stato di salute del cittadino qualunque sia la destinazione, domicilio o struttura residenziale. Sarà inoltre necessario prevedere una deburocratizzazione delle Unità multiprofessionali di progetto, attraverso la distinzione degli obblighi amministrativi – che andranno rivisitati per renderli più "leggeri" - dalle attività di presa in carico, anche sperimentandone una diversificazione nelle articolazioni organizzative che favorisca una maggiore prossimità al cittadino.

In particolare, per quanto riguarda l'UVD, va ribadito che si deve configurare come *funzione* e non come unità organizzativa, che si estrinseca attraverso un processo che va dal momento della conoscenza del bisogno al monitoraggio degli interventi. Il presidio ed il riferimento di questo processo, secondo un modello largamente diffuso in Friuli Venezia Giulia, è realizzato da un infermiere distrettuale. Nelle realtà ove questo sia reso possibile dall'assetto organizzativo del Distretto e dell'assistenza domiciliare, si dovranno favorire modalità decentrate e prossime al cittadino ed agli altri professionisti coinvolti (MMG ed assistente sociale) nel processo UVD. Andranno comunque definite modalità di

effettuazione dell'UVD "snelle" e veloci, anche attraverso l'utilizzo delle tecnologie informatiche, riservando a limitati casi complessi l'esigenza di riunioni dedicate.

La Regione, in accordo con i Direttori Generali delle Aziende ed il Gruppo Tecnico di Lavoro costituito su indicazione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, provvederà alla formulazione di linee guida che definiranno i criteri per l'attivazione e le modalità di funzionamento del processo UVD.

La lettura dei fenomeni di salute, momento centrale nella pianificazione locale, richiede anche la definizione di strumenti di rilevazione condivisi ed uniformi sul livello regionale.

Per quanto riguarda l'area anziani lo strumento di valutazione multidimensionale ValGraf.FVG, considerato che il relativo *software* è ormai utilizzato, anche se ancora in forma sperimentale, in oltre 60 strutture residenziali per anziani ed in alcuni distretti della regione, si prevede di definirne con atti successivi l'utilizzo obbligatorio in alternativa ad altri strumenti in uso a partire dal 2006.

E' allo studio uno sviluppo dello strumento per renderlo utilizzabile anche per le valutazioni nell'area della disabilità;

Relativamente all'area della salute mentale, della disabilità e dei minori non esistono a tutt'oggi strumenti di rilevazione del bisogno a livello regionale. E' necessario a questo scopo avviare un percorso che, analogamente a quanto fatto nel campo degli anziani, porti alla scelta ed alla definizione condivisa di uno strumento di valutazione multidimensionale, tarato per lo specifico *target* di popolazione, da assumere come strumento regionale.

In considerazione delle funzioni affidate alle Unità multiprofessionali di progetto, risulta essere di fondamentale importanza che gli operatori che andranno a comporre tali *équipes* siano in possesso delle competenze adeguate, sia per quanto riguarda gli aspetti legati alla pianificazione del progetto personalizzato, all'utilizzo appropriato delle risorse a disposizione, sia in relazione al corretto utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale in uso. Risulta pertanto opportuno prevedere la realizzazione di percorsi formativi rivolti ai componenti le Unità mutiprofessionali di progetto

### *Il progetto personalizzato*

Il progetto assistenziale personalizzato [art. 2 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e art. 14 comma 2 L.R. 23/2004], redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, è lo strumento fondamentale in mano alle Unità multiprofessionali per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni e per garantire la continuità della cura. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono infatti diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione.

La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto più possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Deve inoltre assumere una funzione proattiva nel senso di porsi anche come strumento di attivazione e di costruzione di contesti favorevoli al ripristino del funzionamento sociale di soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi.

I progetti personalizzati dovranno indicare: la natura del bisogno, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le risorse necessarie, le responsabilità professionali e di servizio, i tempi e le modalità di verifica e dovranno essere considerati alla stregua di un "livello essenziale" di prestazione sociosanitaria.

In particolare i progetti personalizzati, nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria, possono prevedere una componente finanziaria - *budget* individuale di salute - anche



integrando le risorse del Fondo Sanitario Regionale con quelli del costituendo Fondo per l'Autonomia Possibile. Per l'utilizzo del *budget* individuale di salute si dovranno prevedere modalità innovative di gestione partecipata e condivisa dei servizi che valorizzino le forme di auto-organizzazione delle persone e delle famiglie e più in generale del terzo settore.

In questo senso i budget individuali di salute possono rappresentare un efficace strumento per realizzare un passaggio effettivo da un *welfare* dei servizi, dove gli utenti sono destinatari passivi, ad un *welfare* di comunità, dove le persone ri-acquistano un protagonismo possibile e dove le risorse messe in campo assumono un carattere di investimento sulla comunità e sullo sviluppo, anche economico, della stessa.

La regione disciplinerà le modalità ed i criteri per la definizione dei progetti personalizzati [art. 14 comma 3 L.R. 23/2004] nonché gli strumenti valutativi multidimensionali per area di intervento.

#### *Il coordinatore dei casi (Case manager)*

Per facilitare il presidio dei percorsi assistenziali e l'attivazione dei progetti personalizzati dovrà essere introdotta e valorizzata la funzione del *coordinatore del caso*, fermo restando che la responsabilità clinico-terapeutica rimane di competenza del Medico di Medicina Generale. Il coordinatore del caso viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra i professionisti che compongono l'unità multiprofessionale (sociosanitaria). La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro.

In particolare, per quanto riguarda la fase degli interventi finalizzati al recupero delle migliori capacità funzionali (fase estensiva), è necessario avviare sperimentazioni che consentano a figure professionali del distretto di assumere la presa in carico dei pazienti e la facilitazione dei passaggi di *setting* già nella fase di degenza ospedaliera. Questa prospettiva di intervento potrebbe essere facilitata dalle innovazioni organizzative che si proporranno nel capitolo riguardante l'assistenza infermieristica domiciliare.

Il coordinatore del caso può anche essere inteso come *tutor* del cittadino che non è in grado direttamente o attraverso una risorsa familiare di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta.

L'operatore identificato come coordinatore del caso deve garantire la personalizzazione del rapporto ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino e provvedendo al monitoraggio del percorso previsto.

E' richiesta al coordinatore del caso una conoscenza approfondita delle reti dei servizi e delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico. In tal modo il coordinatore del caso rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come "sostenitore di reti".

#### *Azioni innovative*

La Regione dovrà prevedere, nell'ambito dei finanziamenti annuali, la possibilità di riservare risorse allo sviluppo azioni innovative finalizzate a rendere effettivo l'orientamento proattivo dei servizi, lo sviluppo di comunità, l'incremento dell'accessibilità ai servizi, la progettazione personalizzata (anche sostenuta da risorse economiche dedicate) ed il *case management*.

## *Assistenza sanitaria di base Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta*

Lo sviluppo e il consolidamento della partecipazione dei MMG e dei PLS al governo del sistema distrettuale ed il perseguimento di maggiori livelli di integrazione tra questi e la rete complessiva dei servizi sociosanitari, per come si verrà a definire all'interno dei PAT e di PdZ, sono obiettivi strategici del SSR. In particolare è necessario promuovere interventi che favoriscano la definizione di protocolli condivisi per la presa in carico e per la gestione dei progetti personalizzati rivolti alle persone non autosufficienti, soprattutto relativamente all'identificazione delle persone in condizione di *fragilità*, dove il ruolo dei MMG risulta determinante per una efficace strategia di contrasto all'istituzionalizzazione.

Anche l'attività dei MMG, infatti, dovrà essere orientata alle finalità strategiche previste dal presente Piano. In particolare, come ha insegnato la positiva esperienza di riduzione dell'ospedalizzazione, non si può immaginare un efficace percorso di contrasto all'istituzionalizzazione dei diversi gruppi vulnerabili se non attraverso un sostanziale coinvolgimento dei MMG nei processi di cambiamento proposti in tal senso.

Per queste finalità vi sono alcuni obiettivi specifici che dovranno essere raggiunti nel prossimo triennio.

1. Consolidamento dell'UDMG. L'unità distrettuale di medicina generale ha la finalità di responsabilizzare e rendere protagonisti del governo del Distretto i MMG. A tale scopo saranno progressivamente consolidate le esperienze in atto allo scopo di sviluppare le forme di coordinamento, autovalutazione, audit che coinvolgano in forma attiva i MMG.
2. Miglioramento dell'accessibilità. Tale obiettivo intende migliorare l'accesso allo studio del MMG attraverso lo sviluppo di forme organizzative idonee. In particolare si intende promuovere l'aumento della percentuale di cittadini assistiti da MMG che hanno lo studio in comune ( medicina di gruppo), condividono il sistema informatico (medicina di rete), hanno un efficiente servizio di segreteria (collaboratore di studio) e un servizio infermieristico. Questi strumenti contrattuali permettono un servizio più efficiente, una apertura oraria degli studi più prolungata e la condivisione di metodologia di sviluppo dell'appropriatezza. In accordo con le Aziende sanitarie e gli Enti Locali saranno inoltre sviluppate esperienze di condivisione di sedi con attività distrettuali, allo scopo di migliorare e diffondere l'approccio integrato e multidisciplinare
3. Diffusione dell'informatizzazione.  
Il nuovo ACN prevede l'obbligatorietà dell'informatizzazione dei MMG. E' obiettivo della Regione diffondere l'informatizzazione sulla base dei seguenti principi:
  - miglioramento della comunicazione tra SISR e MMG/PLS a partire da alcuni temi (prescrizioni farmaceutiche, prescrizione e prenotazione di esami, certificazione elettronica, ricevimento di referti, segnalazione persone fragili);
  - sviluppo di sistemi di valutazione epidemiologica, di appropriatezza e di *audit*;
  - definizione di standard informatici omogenei;
  - semplificazione delle procedure.

I tempi, le risorse e le modalità applicative saranno definiti in dettaglio nell'Accordo Integrativo Regionale.

4. Sviluppo del governo clinico.

Nell'ambito di tale progetto saranno in particolare sviluppate le attività di miglioramento e valutazione della gestione delle patologie croniche a partire da quelle a maggior diffusione e carico assistenziale quale il diabete. Saranno progressivamente introdotti strumenti di valutazione basati su indicatori di *performance* che superino l'attuale sistema incentrato sulla misurazione del numero delle prestazioni. Sempre nell'ambito dell'UCAD sono previste specifiche attività di *audit*, revisioni tra pari e valutazione periodiche che mirano allo sviluppo del governo clinico.

5. Promozione della ricerca e della formazione sul campo.

In Friuli Venezia Giulia sono state condotte numerose attività di ricerca nell'ambito di MMG e PLS. Si ritiene che tali attività abbiano importanti ricadute per il miglioramento della qualità del SSR e per la promozione dell'innovazione e che quindi vadano mantenute e promosse.

6. Sviluppo dell'appropriatezza.

Nell'ambito del quadro del governo clinico assume particolare rilevanza la promozione dell'appropriatezza delle prescrizioni di esami e prestazioni che hanno rilevanza per i tempi di attesa. Lo strumento normativo e le direttive nazionali promuovono la diffusione dei criteri di priorità quale uno degli strumenti essenziali per il governo della domanda. In tale ambito è strategico il coinvolgimento dei MMG e dei PLS nella definizione e nella condivisione di strumenti e metodi volti a promuovere, diffondere e monitorare i livelli di appropriatezza.

7. Miglioramento della continuità delle cure.

Questo obiettivo dovrà essere perseguito attraverso la riorganizzazione delle cure primarie prevedendo una nuova organizzazione che promuova la costituzione delle UTAP (unità territoriali di assistenza primaria), della medicina di gruppo e con il pieno inserimento degli specialisti e della guardia medica ed il coordinamento delle funzioni attraverso il collegamento in rete e l'incremento dell'accessibilità.

Infine, per quanto attiene all'**assistenza pediatrica**, il presente piano mantiene gli obiettivi e gli interventi previsti dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile e dell'Età Evolutiva (Delibera della Giunta regionale N. 3235 del 29 novembre 2004) e ribadisce in particolare la necessità di potenziare l'assistenza pediatrica a livello regionale:

- offrendo su tutto il territorio regionale un numero adeguato di PLS che consenta di garantire a neonati, bambini (0-6) e adolescenti (7-14) una presa in carico da parte del PLS. Al fine di garantire un'adeguata presa in carico, le Aziende sanitarie devono in ogni caso individuare percorsi assistenziali che garantiscano l'assistenza al neonato in attesa della presa in carico da parte del PLS;
- garantendo una maggior contattabilità dei PLS (in particolare nell'orario diurno 8-20), favorendo e sperimentando forme di associazionismo dei PLS, anche in unione con MMG e Medici della continuità assistenziale;
- favorendo il raccordo tra PLS e ospedale, al fine di ridurre gli accessi ai Pronto Soccorso e la ospedalizzazione del bambino, anche mediante l'emanazione di Linee guida specifiche sull'utilizzo delle prestazioni di P.S.;
- favorendo l'integrazione tra PLS e servizi distrettuali.

Per tutti gli obiettivi previsti per i MMG e PLS nel presente Piano la Regione persegue una linea di lungo periodo, da realizzarsi nel triennio per le parti definite con accordi regionali e aziendali, all'interno dei vincoli normativi contrattuali nazionali.

### **Assistenza farmaceutica**

I principi fondamentali dell'intervento già avviato nel 2005 sono la qualificazione dell'assistenza farmaceutica attraverso la ricerca dell'appropriatezza prescrittiva, la responsabilizzazione dei MMG, il controllo delle prescrizioni ospedaliere, la revisione dei prontuari terapeutici ospedalieri, lo sviluppo di prontuari per l'assistenza territoriale (hospice, strutture residenziali, RSA ecc.), l'attivazione di un nuovo sistema di monitoraggio dei consumi e relativa reportistica, l'avvio della distribuzione per conto, la messa a regime della distribuzione diretta, l'effettuazione di gare d'acquisto da parte del CSC e la revisione del sistema di finanziamento delle aziende che dovrà considerare la residenza del paziente e non la farmacia di prelievo.

Queste previsioni dovranno essere ulteriormente sviluppate ed attuate nel prossimo triennio al fine di garantire l'erogazione di un trattamento quanto più appropriato in considerazione dei bisogni individuati pur nell'ambito di un processo di contenimento della spesa.

Rispetto a queste tematiche occorre tenere presente che è in corso l'introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci antitumorali ad elevato costo che sono aggiuntivi alle cure attualmente praticate e che hanno evidenza di risultati significativi rispetto al decorso naturale delle malattie oncologiche. Appare pertanto necessario definire nell'ambito dei Dipartimenti oncologici di area vasta e in maniera coordinata a livello regionale, i principi e le linee guida per l'utilizzo di questi farmaci al fine di conseguire la massima efficacia delle cure.

L'analisi dei comportamenti prescrittivi evidenzia consistenti differenze a livello di azienda e di distretto con andamenti nel tempo del tutto imprevedibili e indipendenti da una variazione misurabile dei bisogni. Emergono peraltro situazioni relative ad alcune patologie (es. terapia anticoagulante nell'ictus, terapia con ace-inibitori nello scompenso cardiaco, terapia con beta bloccanti ed aspirina nell'infarto miocardio, utilizzo dei diuretici nell'ipertensione arteriosa) che necessitano di un'attività di monitoraggio puntuale, per garantire sicurezza ed efficacia dei trattamenti nel rispetto delle evidenze scientifiche in funzione del numero di vite potenzialmente salvabili grazie al corretto utilizzo di questi farmaci.

In taluni casi si osserva la tendenza alla rapida introduzione nella pratica clinica dei farmaci di ultima generazione anche in situazioni in cui non sussistono motivazioni evidenti per cambiare un regime terapeutico già consolidato o quando appare prioritario modificare prima gli stili di vita attraverso l'adozione di uno schema dietetico, la effettuazione di un *counseling* antitabagico, la verifica della corretta assunzione della terapia di base ecc.

E' ampiamente documentato che buona parte delle prescrizioni farmaceutiche territoriali è indotta dagli specialisti ospedalieri; appare evidente quindi che qualsiasi programma di intervento sull'assistenza farmaceutica territoriale non possa essere disgiunto da co-responsabilizzazione degli specialisti ospedalieri (es. percorsi prescrittivi ospedale territorio condivisi, prescrizione per principio attivo, rispetto delle indicazioni terapeutiche autorizzate o all'atto della dimissione e condivisione dei criteri previsti per la rimborsabilità).

Relativamente ai MMG e PLS, le ASS e prioritariamente i distretti (nell'ambito della nuova configurazione prevista dalla L.R. 23/2004) in coordinamento con il servizio farmaceutico aziendale, dovranno impegnarsi a sviluppare adeguati sistemi di *audit* e *feedback* sulle prescrizioni dei medici promuovendo iniziative di informazione scientifica

indipendente sul corretto utilizzo dei farmaci e sulla scelta delle molecole dal migliore profilo beneficio/costo e beneficio/rischio (anche ad esempio tramite il sistema *dell'out-reach visit*). A tal fine dovranno essere individuati anche specifici progetto-obiettivo.

Deve inoltre essere incentivata la prescrizione di medicinali non coperti da brevetto, meno costosi: infatti si sta sempre più consolidando la tendenza ad abbandonare le molecole a brevetto scaduto, a favore di quelle che a parità di profilo efficacia/sicurezza sono ancora sotto tutela brevettuale e quindi più costose.

Nell'ambito della responsabilizzazione del distretto, attraverso le funzioni dell'UCAD ed in collaborazione con le competenze farmaceutiche aziendali e con gli specialisti ospedalieri, nel prossimo triennio dovranno essere affrontate le tematiche appena accennate anche con il coinvolgimento a livello regionale del CEFORMED per le attività formative. Lo sviluppo di indicatori di performance a livello distrettuale potrà costituire elemento di valutazione rispetto ai risultati di salute che i MMG integrati con gli specialisti ospedalieri riusciranno a conseguire nel triennio attraverso le modifiche delle loro attività.

L'impatto sociale del farmaco è un dato acquisito: basti pensare che nel corso del 2004, in Regione, oltre 850.000 persone hanno utilizzato almeno un medicinale a carico del Servizio sanitario e che, prendendo in esame le prescrizioni di medicinali di fascia C e di automedicazione, quelli cioè acquistati direttamente dai cittadini, il numero di utilizzatori di medicinali è ancora più elevato.

E' necessario quindi migliorare la comunicazione con i cittadini e incentivare iniziative di educazione sanitaria sul buon uso del farmaco, quale priorità del complesso dell'assistenza sanitaria, di cui il farmaco è parte integrante nonché promuovere il coinvolgimento e l'interazione tra i soggetti istituzionali, le strutture sanitarie, gli operatori e i cittadini. In tale contesto potranno essere coinvolte anche le farmacie aperte al pubblico, quali presidi sanitari distribuiti capillarmente sul territorio.

### ***Assistenza specialistica ambulatoriale***

Nella strategia di governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali per il prossimo triennio, diventa determinante il ruolo del distretto. A questo livello dovranno essere innanzitutto esaminati gli elementi epidemiologici, l'appropriatezza della domanda, le criticità rispetto al rapporto domanda/offerta e la qualità e gli esiti delle prestazioni. Funzionali a questi processi dovranno essere l'UCAD (con l'apporto fondamentale dei MMG e PLS nell'analisi delle modalità prescrittive) e le strutture aziendali di supporto (epidemiologia, controllo di gestione o altro). Il passo successivo dovrà essere una valutazione strategica sulle modalità organizzative della risposta ai bisogni appropriati che dovrà tenere conto dell'offerta distrettuale, aziendale, di quella degli ospedali e dei privati. L'obiettivo è di costituire con i MMG e PLS e gli specialisti (compresi quelli ospedalieri) presenti a livello distrettuale, un primo livello di intervento integrato in grado di intercettare la domanda complessiva e di dare risposta a livello locale alla maggior parte dei problemi, riservando l'invio dei casi non direttamente gestibili ai centri ospedalieri. In base all'offerta ed alla potenzialità delle strutture private (che è diversa da distretto a distretto), dovrà essere definito per queste ultime l'apporto al processo come sopra descritto.

Un altro tema di sviluppo dovrà essere quello accennato nel capitolo 4 laddove si prevede di sperimentare nel triennio il trasferimento di funzioni ambulatoriali ospedaliere di base (es. cardiologia, riabilitazione, dermatologia ecc.) a bassa complessità alla gestione diretta del territorio e lo sviluppo dell'offerta di strutture intermedie al fine di conseguire una maggiore autonomia nella gestione della domanda da parte dell'assistenza territoriale.

Per l'attuazione di quanto previsto appare imprescindibile la presenza del Distretto a fianco della Direzione aziendale nella definizione dei percorsi, protocolli, volumi e tipologia delle prestazioni ambulatoriali per la popolazione di riferimento da negoziare a livello di area vasta. Questi elementi, una volta definiti, dovranno entrare a far parte del budget di distretto sia che si tratti di attività ambulatoriale pubblica o privata, territoriale o ospedaliera.

### *Tempi di attesa*

Il problema dei "tempi d'attesa", o delle "liste di attesa", è dibattuto a tutti i livelli all'interno della sanità pubblica di molti paesi. Il diffuso dibattito su tale problema consegue:

- a) alla crescente domanda di prestazioni;
- b) all'invecchiamento della popolazione e quindi all'aumento dei bisogni;
- c) alla crescente difficoltà di accedere alle prestazioni specialistiche che si arricchiscono di tecnologia e di professionalità sempre più difficili da ottenere e quindi da garantire;
- d) alla rilevante diminuzione dei ricoveri con spostamento dell'attività sul versante ambulatoriale.

Nella nostra Regione vengono eseguite circa 15 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno con incrementi annui superiori al 10%.

Questa consistente e perdurante modificazione della domanda è avvenuta con una rapidità superiore alla capacità di riorganizzare l'offerta ed in un contesto di "controllo" della crescita della spesa sanitaria che tende sempre più a divaricarsi tra la disponibilità economica da una parte e le richieste dall'altra.

Anche nel FVG sono quindi aumentati i tempi di attesa provocando disagi e lamentele dei cittadini. Come in tutti i paesi occidentali e le altre regioni italiane, anche in FVG si è cercato, inizialmente, di porre rimedio a questo problema incrementando le risorse a disposizione in modo da poter aumentare l'offerta di prestazioni. Purtroppo, come è avvenuto nella maggior parte dei paesi occidentali, anche in FVG non si sono ottenuti risultati apprezzabili.

Il problema è quindi strutturale e come tale va affrontato. I presupposti per una soluzione strutturale sono: la conoscenza del fenomeno, il coinvolgimento professionale, l'ottimizzazione organizzativa ed il coinvolgimento dei cittadini.

Il problema non è annullare i tempi di attesa, ma rendere tali tempi ragionevolmente brevi rispetto al bisogno sanitario.

Il SSR si propone nel prossimo triennio di perseguire i seguenti obiettivi strategici.

#### 1. Trasparenza e affidabilità delle informazioni

Il cittadino deve poter conoscere in maniera chiara, affidabile e trasparente i tempi di attesa. Per tale obiettivo è necessario che sia attivo un sistema di monitoraggio affidabile e a valenza regionale. E' quindi necessario che siano definiti i metodi di rilevazione e che siano pubblicizzati, con gli strumenti adeguati, i tempi di tutta la regione e dei singoli luoghi di erogazione. Il monitoraggio deve riguardare i tempi, i volumi, la libera professione e l'esistenza e l'applicazione di criteri di priorità. Il monitoraggio riguarderà le prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di ricovero.

#### 2. Definizione di progetti specifici per le aree critiche

In alcune aree diagnostiche e terapeutiche il tempo di attesa può influenzare il risultato finale sul paziente. Per queste aree saranno monitorati i tempi di attesa dei profili di cura di alcune patologie. Con ciò si intende il tempo che intercorre tra i singoli passi e il

tempo complessivo. Ad esempio saranno monitorati, per le patologie oncologiche, i tempi tra biopsia, intervento, radioterapia. In funzione dei dati rilevati, le linee di gestione annuali indicheranno anche obiettivi specifici da raggiungere per le singole aziende.

### 3. Aumento dell'accessibilità alla prenotazione

La diffusione di CUP e *Call center* migliora l'accessibilità alla prenotazione da parte del cittadino, razionalizza le agende e permette un uso più appropriato del personale sanitario talvolta dedicato impropriamente alle funzioni di segreteria di ambulatorio. La Regione promuove lo sviluppo di tali strumenti in tutto il territorio e il coordinamento funzionale tra i diversi territori interessati. All'interno del progetto saranno sviluppati anche tutti gli strumenti informatici in grado di facilitare la connessione e la comunicazione tra MMG/PLS e sistema informativo sanitario regionale.

### 4. Partecipazione delle associazioni dei cittadini

L'obiettivo della trasparenza è perseguito anche attraverso la partecipazione attiva dei cittadini, nelle forme associate, alla valutazione del programma. A tal fine saranno promosse tutte le forme di collaborazione che permettano una valutazione esterna delle liste di attesa e del programma in generale da parte delle associazioni maggiormente rappresentative.

### 5. Introduzione di nuove tecnologie e di nuovi percorsi diagnostici

La Regione si farà carico, attraverso i propri organi tecnici, della valutazione preliminare e del monitoraggio dell'impatto di nuove tecnologie o di nuovi percorsi diagnostici sul sistema sanitario. Ciò con la finalità di programmare e affrontare con tempestività le innovazioni e i possibili effetti negativi sull'accessibilità alle prestazioni.

### 6. Governo clinico e liste di attesa

Il governo delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche passa attraverso la condivisione tra i professionisti interessati dei criteri di appropriatezza. Per tale finalità è necessario che vi sia una partecipazione continua e in rete dei professionisti nella valutazione e nella gestione di parti specifiche del programma. E' su questi tavoli che andranno discussi e definiti criteri di priorità, profili di cura, modalità di accesso, interazione tra ospedali e MMG/PLS. Accanto al coinvolgimento di tutti i professionisti nella definizione di priorità per le liste di attesa andranno anche definite le prestazioni "amministrative" (assicurative, medico legali, pensionistiche, per esenzione *ticket*, ecc.) che non possono entrare nello stesso percorso "sanitario".

### 7. Ottimizzazione dell'uso delle grandi apparecchiature e ridefinizione del rapporto con la libera professione

In base alla mappatura dell'effettivo utilizzo delle grandi apparecchiature compresi l'utilizzo per l'urgenza, per la libera professione e l'utilizzo al sabato, potrà essere migliorata l'offerta di prestazioni. Nel rispetto della normativa contrattuale dovranno essere definite precise regole per legare i volumi dell'attività istituzionale rispetto a quella libero professionale che non potrà superare un volume di prestazioni o un orario superiore a quello istituzionale. Le aziende negozieranno annualmente con i dirigenti responsabili i volumi di attività istituzionale rispetto a quelli in libera professione.

#### 8. Determinazione dei tempi massimi di attesa

Per le prestazioni ritenute rilevanti e per determinate patologie, annualmente, saranno definiti a livello regionale i tempi massimi di attesa e la percentuale di cittadini che devono ottenere le prestazioni entro tali tempi. Le attese massime potranno essere differenziate per criteri di priorità o per criteri generali.

#### 9. Chiusura delle agende

In base alla normativa attuale (Legge finanziaria 2006) ed alle determinazioni assunte dal Friuli Venezia Giulia per l'anno 2005 (deliberazione giunta 29 novembre 2004, n. 3234, con la quale sono state adottate le "*Linee per la gestione del servizio sanitario regionale nell'anno 2005*"; determinazione dell'Agenzia regionale della sanità del 27 maggio 2005, con la quale sono state comunicate le "*Linee guida per la sospensione delle prenotazioni delle attività ambulatoriali*") è vietata la chiusura delle agende se non per motivi eccezionali (es. rottura dell'apparecchiatura). Fino alla completa attuazione di quanto sopra si prevede che in caso di chiusura di un'agenda dovranno essere contestualmente sospese le corrispondenti agende per la libera professione.

### **Assistenza domiciliare**

#### *Il servizio infermieristico domiciliare*

Le ricerche effettuate e le esperienze in atto in alcune Aziende (sperimentazione dell'infermiere di comunità) dimostrano l'esigenza di operare una significativa innovazione nell'organizzazione del servizio infermieristico domiciliare, che sia contrassegnata dal superamento dell'approccio "prestazionale" a favore di modelli orientati alla effettiva presa in carico dei singoli e delle comunità.

A questo fine è necessario:

- ri-orientare il modello organizzativo e la stessa cultura professionale degli infermieri che operano sul territorio verso stili di intervento che assumano la complessità della gestione assistenziale nelle fasi intermedie e nelle cure protratte delle patologie croniche. In questo senso il ruolo dell'infermiere come *case manager* garante della continuità delle cure è da sostenere;
- che il servizio si riorganizzi in un'ottica di articolazione diffusa sul territorio, rappresentando la dimensione del Distretto più prossima al cittadino. Attivazione di nodi territoriali della rete del servizio infermieristico distrettuale con innovativi sistemi di collegamento in rete e con la garanzia di un supporto e coordinamento a livello distrettuale;
- che agli infermieri domiciliari venga affidata la responsabilità dell'assistenza infermieristica di una comunità definita. Le sperimentazioni in atto indicano come riferimento possibile un bacino di utenza di circa 3.500 abitanti salvo contesti particolari (ad esempio aree montane) in cui dovranno essere previsti standard superiori. Lo svolgimento delle funzioni di supporto e coordinamento e la garanzia della disponibilità complessiva del servizio sulle 12 ore 7 giorni su 7 richiede un incremento dell'organico degli infermieri domiciliari sopra proposto, configurando uno standard complessivo del servizio infermieristico domiciliare di 3,5/4,5 infermieri ogni 10.000 abitanti;
- che questa responsabilità si esprima in termini di educazione alla salute, *screening* e presa in carico "leggera ed anticipata" del bisogno inespresso, garanzia della continuità delle cure nella fase estensiva attraverso l'accompagnamento e la presa in carico già dalla fase intensiva, di



- progettazione e realizzazione degli interventi di assistenza infermieristica per quanto riguarda la fase di lungoassistenza;
- che gli infermieri domiciliari siano in grado di progettare e verificare, per quanto di competenza, gli interventi di aiuto infermieristico resi dalle assistenti familiari e dai familiari stessi;
  - che gli infermieri domiciliari si propongano come punto di riferimento per le famiglie e per la comunità anche attraverso l'apertura di ambulatori infermieristici. L'esperienza ha dimostrato come questo punto di contatto con l'utenza, oltre a fornire un servizio molto apprezzato dalla cittadinanza (medicazioni, prelievi, orientamento..) sia un utilissimo momento di conoscenza della popolazione di riferimento e di anticipo della presa in carico;
  - che vengano realizzate effettive strategie di conoscenza anticipata dei soggetti in condizione di fragilità, soprattutto in relazione ad un rinforzato rapporto di collaborazione con i MMG e che vengano attivati interventi conseguenti al fine di ritardare quanto più possibile la comparsa di eventi avversi e di relativa perdita di autonomia;
  - che le strategie di intervento siano costantemente orientate all'*empowerment* dei soggetti e dei contesti, alla promozione di reti informali di cura e di inclusione sociale, alla responsabilizzazione delle comunità, all'incremento degli spazi di partecipazione delle persone disabili e non autosufficienti;
  - che quanto sopra previsto si raccordi, tramite la funzione di responsabilità unica, con l'interscambio di personale, con il raccordo con MMG, UCAD, UDMG e con l'organizzazione delle altre attività distrettuali (ADI, SRD, RSA, UVD).

La nuova configurazione del servizio infermieristico domiciliare, per come sommariamente delineata, rappresenta anche una importante possibilità di revisione e potenziamento delle modalità di lavoro ed integrazione professionale con le altre figure presenti sul territorio; in primo luogo MMG, Assistenti Sociali ed operatori del SAD. Si possono in questo senso prefigurare nuove modalità organizzative e gestionali dell'UVD per renderle più "agili" e vicine ai luoghi di espressione del bisogno.

Per contro è necessario sviluppare ed affinare nuove modalità di integrazione organizzativa e gestionale tra i diversi nodi della rete del servizio domiciliare ed il coordinamento centrale dello stesso per garantire un forte governo a livello di Distretto. In particolare è fondamentale ri-progettare i processi informativi ed assistenziali e stabilire nuove forme di connessione tra i nodi anche attraverso l'ausilio delle tecnologie informatiche. Il previsto potenziamento dell'assistenza infermieristica (e riabilitativa, vedi sotto) domiciliare dovrà avvenire in maniera proporzionale e coerente con la riorganizzazione degli interventi sociali al fine di non determinare squilibri o carenze settoriali. Il Piano regionale degli interventi e servizi sociali che è in fase di studio e predisposizione sarà coordinato con le disposizioni contenute nel presente documento.

Gli investimenti nel settore dell'assistenza domiciliare, sicuramente rilevanti, devono essere prioritari rispetto ad ogni ulteriore ampliamento o riqualificazione dell'attuale offerta residenziale.

### *Il servizio riabilitativo domiciliare*

Lo sviluppo del servizio riabilitativo domiciliare è stato ampiamente trattato nel Piano regionale della riabilitazione. Gli elementi di sviluppo e qualificazione sono riassumibili come segue:

- istituire un servizio riabilitativo nei distretti dell'ASS 2, atteso che negli altri è già presente

- garantire e/o implementare le attuali dotazioni organiche distrettuali del personale dell'area della riabilitazione, valutando i bisogni della popolazione ed il posizionamento dell'azienda nel contesto regionale e considerando anche il vantaggio/svantaggio di fornire personale presso le residenze.
- promuovere modelli organizzativi multiprofessionali attraverso il coordinamento della fase valutativa e di ammissione del Distretto
- promuovere modelli organizzativi coerenti con i criteri di elegibilità
- implementare il sistema informativo domiciliare
- monitorare l'attività domiciliare aziendale attraverso i dati del Sistema Informativo
- promuovere l'utilizzazione di strumenti di valutazione multidimensionali e coordinare l'intervento riabilitativo al progetto di vita personalizzato
- individuare all'interno di ogni azienda dei gruppi tecnici costituiti da operatori della riabilitazione e medici specialisti (fisiatri, neuropsichiatri infantili, ortopedici, neurologi, pneumologi, cardiologi, ecc) per la realizzazione di protocolli scientifici accreditati che garantisca l'omogeneità e l'efficacia dei trattamenti
- individuare all'interno di ogni azienda dei gruppi tecnici costituiti da operatori della riabilitazione, responsabili di Distretto e medici specialisti (fisiatri, neuropsichiatri infantili, ortopedici, neurologi, pneumologi, cardiologi, ecc) per la realizzazione di linee guida che individuino i percorsi appropriati in relazione ai bisogni semplici e siano garanti di accessi facilitati
- individuare protocolli e procedure per il coinvolgimento e la responsabilizzazione del nucleo familiare
- promuovere accordi con gli Enti locali e con il terzo settore per facilitare il trasporto dell'utente, che diventa trasportabile, al fine di proseguire l'intervento riabilitativo a livello ambulatoriale.

#### *Assistenti familiari straniere (Badanti)*

Con la LR 24 del 2004 la Regione ha fornito importanti indicazioni utili ad affrontare il problema dell'integrazione delle lavoratrici straniere della cura nella rete della cura domiciliare e qualificarne gli interventi per migliorare la risposta ai bisogni della non autosufficienza. In particolare, per quanto di interesse di questo piano, la norma ha disposto:

- la realizzazione di iniziative formative che favoriscono l'apprendimento anche al domicilio della persona assistita;
- la promozione dell'autorganizzazione delle famiglie e del personale addetto all'assistenza;
- la realizzazione, con il concorso delle Aziende per i servizi sanitari di azioni di supporto ed accompagnamento del personale addetto all'assistenza ;
- l'avvio di interventi di sostegno economico per le persone e le famiglie;
- il monitoraggio e la verifica della consistenza dell'attività di assistenza familiare e degli effetti prodotti sul sistema dei servizi territoriali.

#### *Abitare protetto*

Le esperienze internazionali hanno dimostrato che un efficace strumento per il contrasto al rischio di istituzionalizzazione sia la realizzazione di soluzioni abitative caratterizzate da un diverso grado di protezione sociosanitaria. Di tale strategia si tratterà nel Piano degli interventi e dei servizi sociali, ma è utile qui richiamare l'importanza di una partecipazione attiva, attraverso adeguate scelte organizzative e gestionali, dei servizi territoriali sanitari alla costruzione di queste alternative concrete alla soluzione

residenziale. L'abitare protetto viene considerato come una modalità evoluta di domiciliarità per la quale dovranno essere immaginate forme innovative di garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

### *Assistenza residenziale di breve periodo (RSA)*

Anche per quanto riguarda la pianificazione relativamente alle residenze con funzione assistenziale e riabilitativa nella fase estensiva si rimanda al Piano regionale della riabilitazione. I punti salienti sono comunque riassumibili:

- nell'adeguamento della dotazione di posti letto come previsto dal Piano regionale della riabilitazione;
- nell'individuare e dimensionare le Residenze in moduli distinti e dedicati alle funzioni di "sollievo" e di riabilitazione, articolando questi ultimi per patologie in funzione dei bisogni, in particolare per pazienti con problemi alcol-correlati;
- nell'individuazione da parte delle Aziende, nei casi di RSA ubicate all'interno di presidio ospedaliero, della quota di attività attualmente rivolta a pazienti post-acuti ed a realizzare il relativo trasferimento delle competenze al livello ospedaliero;
- nell'implementazione di una dotazione organica adeguata sia quantitativamente, che qualitativamente, prevedendo la presenza delle varie figure dell'area della riabilitazione; al proposito va considerato che il rafforzamento dell'orientamento riabilitativo delle RSA può rendere inadeguato lo standard di 1 fisioterapista ogni 30 posti letto precedentemente fissato dal PIMT 2000-2002;
- nella promozione di una cultura riabilitativa anche nel personale infermieristico e di assistenza.

L'analisi dei bisogni riabilitativi e di reinserimento sociale in particolari condizioni (es. disabili fisici con eventi di lesione cerebrale come ictus, trauma cranico, disturbi cognitivo/motori, soggetti nella fase post acuta per i quali è possibile migliorare la partecipazione in ambito familiare, sociale e lavorativo, anziani soli con disabilità, ecc.) suggerisce l'opportunità di avviare una sperimentazione per accogliere in strutture residenziali di riabilitazione (di tipo sociosanitario) gli ospiti che necessitano di assistenza e riabilitazione prolungati nel tempo (60/90 giorni). In una prima fase questo programma potrà coinvolgere nell'Area vasta Giuliano Isontina la struttura residenziale inserita nell'ITIS e già attivata con DGR 3185/2003 in occasione della disattivazione delle degenze all'ospedale Santorio, mentre nell'Area vasta Udinese le Aziende dovranno concordemente avviare le procedure per individuare un'offerta di tale tipo tenendo conto, in particolare, delle esigenze di riabilitazione prolungata e reinserimento sociale di una parte dei dimessi dall'IMFR Gervasutta. Nel triennio verrà sperimentata la collaborazione tra Azienda ospedaliera di Pordenone, ASS6 e strutture residenziali per l'attivazione di posti letto di RSA per post acuti con bisogno di reinserimento sociale a causa di lesioni cerebrovascolari e dovranno anche essere definite specifiche convenzioni per le attività assistenziali svolte nella struttura di Cordenons per soggetti con sclerosi multipla.

### *Assistenza alle persone nella fase terminale della vita*

Nella malattia terminale il ventaglio dei problemi e la loro commistione causano una compromissione della qualità di vita dei pazienti, nonché dei loro familiari, condizionando il livello di adesione al programma assistenziale.

Per soddisfare specificamente il bisogno di cure palliative è necessario:

- promuovere l'applicazione del modello assistenziale olistico fondato su valutazione transmurale, pianificazione personalizzata dell'assistenza ed erogazione transdisciplinare degli interventi;
- offrire professionalità specifiche e promuovere opportunità diversificate ed integrate di assistenza nell'ultimo spazio di vita e nel morire (OSPEDALE, DOMICILIO, *HOSPICE* – RSA con funzione specialistica);
- favorire l'identificazione di percorsi precisi per l'utenza e il riconoscimento di un unico canale di accesso per la rete dei servizi;
- incrementare il controllo del dolore e degli altri sintomi;
- sviluppare una cultura positiva dell'ultimo spazio di vita e promuovere la dignità e l'accettazione del morire e della morte.

La rete di servizi disponibile in Friuli Venezia Giulia risponde, anche se in modo non omogeneo, agli obiettivi di efficacia e continuità propri delle cure primarie e a lungo termine e persegue l'integrazione tra assistenza specialistica e assistenza di base; conseguentemente ha la possibilità di sviluppare un sistema flessibile di servizi integrati a rete che promuova risposte dinamiche al costante divenire dei bisogni assistenziali, peculiare dell'evoluzione della malattia terminale.

La rilevanza socio-sanitaria del problema e la specificità dei bisogni dei malati terminali suggeriscono, peraltro, di:

- definire programmi di assistenza (in particolare nelle terapie intensive) per evitare l'accanimento terapeutico
- attuare una ricomposizione organizzativa delle funzioni ospedaliere e territoriali garante della specificità assistenziale e della continuità di cura del paziente terminale, in particolare:
  - a) favorendo la differenziazione dell'offerta nelle R.S.A. distrettuali di base, attraverso la qualificazione dell'assistenza al malato terminale, nelle more del completamento della rete dei Centri Residenziali di Cure Palliative (*hospice*);
  - b) sviluppando l'offerta di assistenza domiciliare per il malato terminale;
  - c) definendo e adottando procedure e dinamiche di lavoro che garantiscano la continuità assistenziale;
- definire e attuare programmi specifici e accreditati di formazione di base e permanente per gli operatori coinvolti nell'assistenza;
- costituire nei Distretti Sanitari sede di *Hospice* o RSA con funzione specialistica nuclei transmuralesi dedicati alle cure palliative residenziali e domiciliari, con modalità organizzative ed erogative volte a conseguire l'integrazione dei servizi distrettuali residenziali con le altre componenti del sistema di offerta;
- diffondere l'utilizzo di trattamenti antidolorifici e di altri trattamenti sintomatici;
- attuare programmi aziendali di comunicazione con i Medici di Medicina Generale e di informazione alla popolazione;
- predisporre gli strumenti di partecipazione delle Associazioni di solidarietà sociale ai programmi di sviluppo delle cure palliative.

### ***Assistenza alle persone anziane***

Con il presente piano si intende ribadire che la garanzia degli interventi sanitari e sociosanitari per le persone anziane non autosufficienti, anche nella fase di lungoassistenza, è una precisa responsabilità del sistema sanitario regionale che si deve

articolare a diversi livelli e con una pluralità di strumenti, sempre realizzata secondo i principi dell'integrazione (in primo luogo con il sistema degli interventi sociali) e dello sviluppo di comunità.

Oltre alle linee di intervento relative all'assistenza primaria, all'assistenza domiciliare (infermieristica e riabilitativa), alle nuove risorse e strategie per la domiciliarità (Assistenti familiari e abitare protetto) che sono già state trattate, nonché lo sviluppo del dispositivo "*budget individuale di salute*", le politiche sociosanitarie a favore della popolazione anziana sono connotate anche dalla riqualificazione della residenzialità e semiresidenzialità.

### *Assistenza semi-residenziale*

Nel prossimo triennio l'attività semiresidenziale rivolta alla popolazione anziana dovrà essere promossa quale strumento efficace di contrasto all'istituzionalizzazione anche in termini di ritardato ricorso alla stessa. In questo senso i Centri Diurni si dovranno configurare come **risorse per la domiciliarità** ed essere quindi caratterizzati da modalità gestionali e stili operativi conseguenti, come alcune esperienze esistenti in regione suggeriscono. Questa prospettiva configura i Centri Diurni all'interno del servizio di assistenza domiciliare e chiaramente distinti, anche dal punto di vista strutturale, dalle Residenze per anziani.

La realtà regionale presenta comunque anche molte esperienze in cui il Centro diurno (o l'attività di accoglienza) è una articolazione (anche dal punto di vista strutturale) delle Residenze per anziani. In questo caso la semiresidenzialità può anche assumere la funzione di inserimento graduale in struttura.

In entrambi i casi è necessario che vengano realizzati degli approfondimenti anche al fine di definire i fabbisogni e gli standard del sistema di offerta e prevedere una specifica regolamentazione, con chiara definizione dei LEA sanitari e sociosanitari, come parte integrante del programma di riclassificazione delle strutture residenziali.

In linea di principio si dovrà prioritariamente sostenere ed incentivare la riconversione di posti letto residenziali in posti di accoglienza diurna. Particolare attenzione andrà posta alla creazione di centri per l'anziano con grave disturbo cognitivo e comportamentale (morbo di Alzheimer).

### *Assistenza residenziale a lungo periodo*

La risposta residenziale costituisce una delle risorse di cui il sistema sociosanitario dispone per far fronte ai bisogni di salute e di assistenza delle persone anziane. E' necessario pertanto realizzare effettivi processi di integrazione delle strutture residenziali con il SSR, nell'ambito della rete complessiva dei servizi sociosanitari per gli anziani, attraverso un preciso impegno programmatico da assumersi in sede di PAT e di PdZ.

Le criticità evidenziate, riconducibili ad un sostanziale difetto di personalizzazione degli interventi, richiedono un'importante strategia di riqualificazione del sistema di offerta delle strutture residenziali per anziani come previsto dalla LR 10 del 1998 e dalla DGR n. 688, dd. 9 marzo 1999. Tale strategia, finalizzata a garantire maggior qualità nel sistema e maggior equità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, sviluppa la personalizzazione del processo di cura ed a tal riguardo prevede un evoluto sistema di valutazione del bisogno ed una nuova classificazione dello stesso. Il principio guida del nuovo modello di offerta residenziale dovrà prevedere che sia la rete dei servizi ad adeguarsi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che le stesse, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano subire inutili trasferimenti da struttura a struttura. Il nuovo modello di offerta dovrà garantire:

- la dinamicità e flessibilità quali-quantitativa degli interventi e l'adattabilità della risposta erogata per far fronte alla specificità del bisogno ed alla sua instabilità e variabilità,
- la centralità della progettualità individuale ai fini della personalizzazione della risposta residenziale, come espressione operativa della modulazione delle prestazioni di assistenza residenziale in rapporto alle specifiche esigenze degli anziani;
- la composizione delle risorse in nuclei omogenei secondo livelli uniformi e differenziati di intervento;
- un sistema di classificazione in grado di superare la semplificazione della dicotomia autosufficienza/non autosufficienza e considerare, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali evoluti, anche le diverse composizioni del bisogno e l'investimento di risorse che lo stesso richiede per la sua soddisfazione.

Per quanto riguarda il fabbisogno di posti letto in strutture residenziali per anziani, gli studi effettuati e le comparazioni con le altre realtà nazionali hanno indicato come certamente sufficiente (se non eccessiva), a livello regionale e dal punto di vista quantitativo, l'attuale dimensione dell'offerta. Dal punto di vista qualitativo si è valutata sufficientemente adeguata la composizione dell'offerta in rapporto alle dimensioni del bisogno in 3 province su 4. In questo senso la realtà della provincia di Trieste, caratterizzata da una forte presenza di strutture polifunzionali, richiederà, molto probabilmente, un importante sforzo di riconversione dell'attuale struttura dell'offerta per adeguarla alle crescenti esigenze di una risposta qualificata alla condizione di grave non autosufficienza. In tali residenze è stata riscontrata la presenza di una significativa quota di persone con marcata riduzione dei livelli di autonomia, per le quali è da subito necessario prevedere una maggiore integrazione con la rete dei servizi distrettuali, ed una più efficace azione di programmazione, intervento, monitoraggio e controllo da parte dei Distretti.

In considerazione delle probabili difficoltà che questo processo di ristrutturazione dell'offerta residenziale potrebbe comportare, soprattutto in relazione ai vincoli strutturali, è ipotizzabile, al termine del percorso di riclassificazione e dopo attenta analisi dell'efficacia di politiche alternative alla residenzialità e dell'evoluzione della situazione socio-demografica, lo "sblocco selettivo" delle autorizzazioni per la costruzione di nuove strutture.

Anche in questo percorso è necessario prevedere un sempre maggiore coinvolgimento del Distretto nel verificare il fabbisogno assistenziale e le entità delle risorse necessarie, e nel garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali. In particolare, i Distretti sono chiamati a governare la fase di scelta di posizionamento delle strutture residenziali rispetto ai diversi livelli assistenziali previsti. A tal proposito sono previsti dei percorsi di condivisione delle scelte in modo da adeguare l'offerta residenziale all'effettiva domanda del territorio.

### *Assistenza alle persone disabili*

Nel Friuli Venezia Giulia, l'intervento nell'ambito della disabilità si dovrà configurare sempre di più come "un insieme delle azioni e interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di handicap" (Lineeguida '98), soprattutto con

il “supporto alle persone ed alle famiglie attraverso una pluralità di strumenti e servizi, favorendo contestualmente processi di cambiamento socio-ambientale” (ICF).

L’obiettivo centrale anche in questo caso è il mantenimento del disabile nel proprio contesto di vita attraverso il supporto della famiglia. Più in generale è un obiettivo strategico della Regione il miglioramento del funzionamento sociale delle persone disabili. In questo senso è ormai evidente a tutti che non si tratta di un problema relegabile ad un esclusivo approccio sociale o sanitario, che non sia sufficiente un investimento sull’integrazione socio-sanitaria, ma che sia necessario un serio investimento e un forte raccordo con le politiche per la casa, per la formazione al lavoro e per la mobilità.

In coerenza con la strategia complessiva del piano dello sviluppo di comunità, anche l’intervento sanitario e sociosanitario dovrà armonizzarsi con queste politiche e dovrà in particolare, come per le altre aree di intervento, rilanciare e dare ancora più enfasi alla progettazione personalizzata.

In particolare si dovrà:

- rilanciare il ruolo dell’équipe multidisciplinare per l’*handicap*, sviluppando nuovi metodi e strumenti di valutazione dei bisogni come già previsto nel piano della riabilitazione e nel progetto obiettivo materno infantile;
- rendere sistematica la partecipazione del disabile e/o della sua famiglia nello sviluppo progettuale;
- aumentare la capacità e la frequenza di monitoraggio sul progetto allo scopo di verificarne l’efficacia.

Soprattutto per quanto riguarda i progetti personalizzati per la vita indipendente si dovrà prevedere una forte condivisione con il soggetto disabile, in grado di autodeterminarsi, per quanto riguarda l’individuazione degli obiettivi, dei metodi e degli interventi. L’incrementato funzionamento sociale, in termini di maggior autonomia e indipendenza, misurato anche in rapporto alla riduzione nell’accesso ad altre forme di assistenza sociale e sanitaria, costituisce l’obiettivo ed il parametro finale di valutazione di efficacia degli interventi.

Oltre alle strategie, le risorse e gli strumenti per la domiciliarità già descritti in precedenza, nel triennio deve essere prevista una riorganizzazione della residenzialità per le persone disabili, secondo quanto previsto dalla D.G.R. 4194 del 6 dicembre 2002. Quando “l’abitare” diventa un problema non più gestibile a domicilio, i servizi sociosanitari devono poter contare, per la realizzazione dei progetti personalizzati, di un sistema di strutture che:

- rispondano al “dopo di noi” attraverso forme capaci di dare prospettive e sicurezze per il futuro alle famiglie e nel contempo, attraverso l’attivazione di pronta accoglienza e/o moduli respiro, essere fruibili anche dai disabili che vivono in famiglia garantendo così ai familiari i necessari momenti di sollievo;
- intervengano a sostegno o in assenza del nucleo familiare di origine a fronte di gravi carenze e/o impossibilità dello stesso a provvedere, anche con supporti esterni, all’assistenza della persona disabile;
- forniscano risposta ai bisogni di residenzialità con modalità non istituzionalizzanti e prevedano nell’ambito del progetto personalizzato, la possibilità che le persone disabili frequentino durante la giornata spazi di vita quali ambienti lavorativi, luoghi ricreativi e che comunque sia salvaguardata la possibilità dello sviluppo di specifici interessi;
- configurino, nel loro insieme, un’offerta diversificata sul territorio in modo da rispondere ai diversi bisogni e alle diverse tipologie di disabilità.

Oltre al problema abitativo, il progetto personalizzato deve poter dare risposta anche ai problemi di formazione/lavoro e di socialità. Anche a questo riguardo valgono le

indicazioni fornite in termini di strategie generali. In particolare è necessario che anche le Aziende per i servizi sanitari si attivino per promuovere, nell'ambito di strategie condivise all'interno della programmazione locale integrata (PAT e PdZ), nuovi approcci per la cogestione con le organizzazioni del privato sociale, soprattutto se espressione della responsabilità familiare e comunitaria, di incremento del sistema delle opportunità.

La realizzazione di queste condizioni deve prevedere inoltre rinnovate modalità di collaborazione ed integrazione tra i Distretti, gli Ambiti e gli Enti gestori delle strutture e dei servizi. Il Sistema sanitario regionale deve incrementare i propri livelli di assunzione di responsabilità in quest'ambito di intervento, definendo, all'interno dei PAT e dei PdZ, le nuove regole ed i nuovi impegni in questo senso.

Rispetto alla sperimentazione prevista dal Piano regionale della riabilitazione, DGR 606 del 29/3/05 punto 6.1, la struttura gestita dalla Fondazione Bambini e autismo, che svolge attività diagnostica e riabilitativa sociosanitaria per i residenti regionali, viene riconosciuta come facente parte della rete regionale dei servizi di riabilitazione. Essa opera nell'ambito della convenzione stabilita con l'ASS6 e con le eventuali ulteriori convenzioni che saranno stabilite con le altre aziende regionali nell'ambito del budget complessivo assegnato dai finanziamenti regionali per l'area sociosanitaria e sanitaria. In questa fase di sperimentazione le valutazioni per l'accesso ai servizi continueranno ad essere svolte da personale dell'ASS6 anche per i residenti delle altre aziende regionali. Le prestazioni erogate ad eventuali residenti extraregionali, previa autorizzazione dell'Azienda di provenienza, dovranno essere remunerate secondo le tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex. articolo 26 legge 833/78.

### *Assistenza materno infantile e dell'età evolutiva*

Per quanto riguarda gli indirizzi della Regione, per gli aspetti di carattere sanitario e sociosanitario, inerenti i problemi legati all'area materno infantile, si rimanda al Progetto Obiettivo Materno Infantile di recente approvazione da parte della Giunta Regionale.

Anche per quanto riguarda l'area materno infantile, il presente documento ribadisce la necessità di rafforzare il sistema di lavoro integrato tra Distretto e Ambito al fine di assicurare una presa in carico globale ed integrata delle problematiche riguardanti bambini ed adolescenti. In particolare, il Progetto Obiettivo Materno-Infantile e dell'Età Evolutiva prevede che i Comuni, compresi negli Ambiti territoriali socio-assistenziali, e le Aziende per i servizi sanitari debbano adottare il metodo della pianificazione degli interventi e dei servizi integrati nelle aree indicate come prioritarie ovvero:

- promozione della salute in adolescenza,
- accoglienza ed inserimento dell'adolescente straniero non accompagnato,
- tutela del bambino e dell'adolescente nel nucleo familiare a rischio o fuori dalla famiglia,
- prevenzione e tutela dei bambini e degli adolescenti in situazione di abuso e maltrattamento,
- tutela dei bambini e degli adolescenti con importanti problemi psico-relazionali o psichiatrici,
- tutela dei bambini e degli adolescenti con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Per le Aziende sanitarie con Azienda ospedaliera, Universitaria o IRCCS (ASS 1, ASS 4 e ASS 6) è prevista l'istituzione a livello aziendale o interaziendale del **Dipartimento Integrato Territoriale Materno Infantile e dell'Età Evolutiva** (D.I.Te.M.I.) quale struttura organizzativa di tipo orizzontale, finalizzata a facilitare l'integrazione tra i vari servizi che operano nell'area materno-infantile (ossia facilitare l'integrazione tra



ospedale e territorio, tra il sanitario, il sociale e l'educativo, tra il pubblico e il privato sociale, tra il sociosanitario e gli altri servizi per la donna, l'infanzia e l'età evolutiva, nonché il terzo settore).

A seguito di recenti innovazioni normative, ai **Consultori Familiari** sono stati assegnati nuovi compiti in particolare nell'area della prevenzione, tutela dei minori, ai quali non ha fatto seguito una loro adeguata riorganizzazione. Risulta quindi necessario rendere omogenei su tutto il territorio regionale i Consultori Familiari per quanto attiene la tipologia di interventi, le prestazioni e i modelli organizzativi. In particolare, la loro organizzazione va rivisitata e potenziata per garantire adeguatamente le prestazioni e le attività già previste dalla DGR 3412/1995 e secondo quanto previsto all'interno del Progetto Obiettivo Materno-Infantile e dell'Età Evolutiva. A tale scopo si prevede l'attivazione di un coordinamento regionale dell'attività dei consultori familiari che garantisca l'omogeneità del servizio ed il conseguimento dei risultati previsti.

## **Assistenza alle persone con problemi psichiatrici: il Dipartimento di salute mentale**

Il PIMT 2000-2002 ha indirizzato verso la strutturazione di un sistema della salute mentale organico ed uniforme di offerta in termini di ricoveri, ospitalità e residenzialità. Tale strategia, seppur ancora non del tutto realizzata, ha comunque ottenuto importanti risultati, dando maggior consistenza ed efficacia agli interventi nel campo della salute mentale territoriale.

Oggi non si tratta soltanto di concludere il percorso di costruzione della rete di offerta territoriale nel senso di ulteriori strutture (CSM, residenze riabilitative, centri diurni..) e di garantire un ulteriore miglioramento dell'attività di prevenzione, dell'accessibilità e della presa in carico, ma, soprattutto, di affrontare con nuove strategie il problema più consistente: l'effettivo ripristino del *funzionamento sociale possibile* degli utenti dei servizi. Si è visto nelle criticità la presenza di forti rischi di cadute autoreferenziali del "sistema delle strutture", con problemi di qualità dell'intervento ed importanti inefficienze. Si tratta dunque di operare una sorta di cambiamento di paradigma, non più secondo un approccio guidato dalle strutture, dove la centralità è costituita dal sistema di offerta (con il relativo corredo di indicatori legati ai DRG, rette, posti letto..) e l'utente è una variabile dipendente, ma un approccio guidato dal bisogno, dove la centralità è assunta dalle persone e dai processi che si costruiscono per il loro recupero e dove le strutture sono risorse di un progetto da valutare sulla base degli esiti. E' chiaro che tale cambiamento presuppone nuovi stili operativi dei servizi, più orientati all'integrazione con altri soggetti, istituzionali e non, attraverso lo sviluppo e l'utilizzo di nuovi strumenti gestionali.

In questo senso il presente Piano, anche per l'area della salute mentale, assume un'impostazione che pone come centrali i temi dell'accessibilità, della valutazione del bisogno, della pianificazione personalizzata e della gestione del caso. Anche e soprattutto per gli interventi nel campo della salute mentale è fondamentale il perseguimento di una strategia che, coniugando la prevenzione e promozione della salute, l'integrazione sociosanitaria, la proattività dei servizi e lo sviluppo di comunità, realizzi le condizioni (il sistema delle opportunità) dove rendere effettivi i percorsi di recupero delle persone con problemi psichiatrici.

Il Progetto Obiettivo rappresenta per la salute mentale lo strumento di pianificazione che meglio risponde per realizzare tale strategia, prevedendo interventi intersettoriali, integrati e partecipati su obiettivi di promozione e sviluppo della salute mentale sul territorio regionale. Tale Progetto Obiettivo dovrà approfondire e sviluppare le tematiche e le criticità evidenziate nel presente piano in modo coerente con la pianificazione complessiva regionale. Le macroaree da sviluppare sono:

- La definizione di percorsi e programmi di prevenzione cura e riabilitazione
- Lo sviluppo un modello organizzativo radicato nel territorio e orientato a promuovere e valorizzare il protagonismo degli utenti, delle famiglie, e dei diversi soggetti delle comunità locali
- La realizzazione di un sistema di rete per la costruzione delle risposte ai bisogni
- La costruzione di un sistema virtuoso e sostenibile con valutazione del rapporto costi/benefici

Si ritiene comunque opportuno in questa sede evidenziare alcuni aspetti relativi ai servizi per la salute mentale che dovranno essere ulteriormente sviluppati in sede di progetto obiettivo.

### *La risposta all'urgenza – emergenza: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*

Il ricorso al ricovero in SPDC, trattandosi di un ricovero in ambito ospedaliero, dovrebbe essere riservato solo alle situazioni di acuzie non trattabili sul territorio (CSM, domicilio) o sconosciute al CSM di competenza e per il tempo strettamente necessario, prevedendo la presa in carico e/o la prosecuzione del trattamento da parte del CSM competente per territorio. In questo senso ogni DSM dovrà dotarsi di programmi articolati con l'obiettivo di diminuire il numero delle persone ricoverate in Trattamento Sanitario Volontario (TSV) ed in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), così come il numero di ricoveri ripetuti e la loro durata.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto titolare della regia del progetto sul singolo caso, deve collaborare nella gestione del ricovero delle persone di competenza territoriale e stabilire il più rapidamente possibile il trasferimento nella propria sede e/o ad un programma di presa in carico territoriale e comunque riattivare la ripresa della gestione del programma terapeutico. Lo stesso dicasi per le consulenze da assicurare al Pronto soccorso al fine di valutare l'opportunità di una presa in carico al CSM o il ricovero in un SPDC.

In ogni caso, il ricovero ospedaliero va inteso in continuità con gli interventi territoriali.

Rispetto alle collocazioni dei servizi secondo quanto indicato dal 2° PIMT, dopo il trasferimento dell'SPDC di S. Daniele a Udine entro giugno 2005, rimane da realizzare il trasferimento di quello di Sacile a Pordenone.

Le Cliniche universitarie di Trieste e Udine, previo specifico protocollo di intesa, partecipano pienamente alle attività assistenziali nell'ambito, rispettivamente, dei Dipartimenti di salute mentale delle ASS1 ed ASS4. In particolare, esse concorrono alla gestione di un CSM di uno specifico territorio, con una dotazione di posti letto che deve consentire anche le attività di didattica e ricerca.

### *Accoglimento della domanda, presa in carico sul territorio: i Centri di Salute Mentale*

Il Centro di Salute Mentale è la struttura che esercita tutte le attività preventive, curative, riabilitative in ordine ad un'area determinata di popolazione. Deve essere quindi in grado di rispondere alla crisi, di essere effettivamente responsabile del programma terapeutico, di garantire, integrandosi con altri servizi e soggetti del territorio, la continuità assistenziale e terapeutica.

Così come definito nella DGR 3239/04 – Linee guida per la predisposizione del Piani per le Attività Territoriale -, **l'attività del Centro di Salute Mentale deve inserirsi nella rete dei servizi distrettuali** e seguire un approccio che sostenga la costruzione effettiva di un

sistema di opportunità e di un *welfare* di comunità rivolto alle persone con problemi di salute mentale.

Pertanto deve porre costantemente al centro del processo terapeutico-riabilitativo il percorso emancipativo della persona e la sua effettiva integrazione sociale, anche in termini abitativi e lavorativi. In questo senso, la programmazione integrata e partecipata delle attività rivolte alle persone con problemi di salute mentale rappresenta una importante occasione per la realizzazione di nuove opportunità lavorative ed abitative per questi soggetti.

Si dovranno altresì adottare strumenti integrati e condivisi (Unità multiprofessionali/UVD) di valutazione, progettazione, monitoraggio e verifica affinché i progetti personalizzati per le persone con disturbo mentale che richiedono interventi sociosanitari integrati, siano inseriti nel governo complessivo dei percorsi distrettuali.

In particolare nel prossimo triennio si dovrà pervenire alla definizione di uno strumento condiviso di valutazione multidimensionale del bisogno per le persone con problemi di salute mentale da utilizzare uniformemente a livello regionale.

Si conferma il progressivo potenziamento dei CSM 24 ore sul territorio regionale. Entro la fine del 2008 le Aziende aumenteranno la dotazione dei CSM 24 ore rispetto alla situazione al 31.12.2005 nel modo seguente:

- ASS n. 2 dovrà consolidare la funzionalità dei 2 CSM 24 ore ed in particolare nell'Alto Isontino dovrà stabilizzare l'articolazione di funzioni dell'attuale CSM, compresa la funzione di alta assistenza per la risposta all'urgenza-emergenza;
- ASS n. 3 attiverà 1 CSM 24 ore
- ASS n. 4 attiverà 1 CSM 24 ore a Cividale e programmerà l'attivazione di 1 ulteriore CSM 24 ore a Codroipo
- ASS n. 5 attiverà 1 CSM 24 ore a Latisana
- ASS n. 6 attiverà 1 CSM 24 ore e riorganizzerà i 2 CSM 24 ore attuali a svolgere l'attività 24 ore ognuno in una sede unica e con un'unica équipe.

Ogni CSM della Regione nel garantire l'apertura nelle 24 ore dovrà essere organizzato:

- preferibilmente **in una sede unica con buona accessibilità**, con spazi articolati e dedicati a diverse funzioni e con una dotazione di p.l. territoriale dimensionata sul bisogno
- con **la disponibilità di spazi polivalenti e flessibili** a carattere comunitario
- con un' adeguata **équipe multi professionale unica**, che promuova il lavoro in *équipe* come possibilità di partecipazione di tutti gli operatori alla condivisione della conoscenza delle persone prese in carico, che favorisca la relazione diretta con l'utenza e che si integri, a livello territoriale e sui singoli casi, con il servizio sociale dei comuni, con i MMG e con le altre professionalità presenti nel territorio di riferimento;
- con modalità atte a garantire la **diffusione sul territorio** di competenza delle attività ambulatoriali e domiciliari
- con una **presenza attiva e mobile** sul territorio "verso" la domanda promuovendo la presa in carico nei luoghi di vita della persona
- per garantire ricoveri appropriati e di durata strettamente correlata alle necessità cliniche
- con una **bassa soglia d'accesso** producendo accoglienza in tempo reale
- per offrire alle persone con disturbo mentale ed i loro familiari possibilità di partecipazione, di scelta di cure, di protagonismo
- per garantire interventi di prevenzione e di promozione della salute

- con una modalità di lavoro capace di promuovere scambio sociale ed ospitare anche attività non specifiche della **comunità circostante**
- come **punto di riferimento visibile e riconoscibile** sia per le persone con problemi di salute mentale che per i cittadini, che per le istituzioni;
- come sostegno alle attività delle associazioni dei familiari degli utenti e volto a favorire lo sviluppo di gruppi di auto mutuo aiuto fra utenti del servizio.

Deve essere inoltre capace di :

- integrare funzioni e risorse garantendo sostegno alla vita quotidiana e continuità della presa in carico.
- essere alternativa al ricorso al ricovero ospedaliero ed alle fughe extra regionali,
- gestire l'emergenza e la crisi con la "porta aperta" e senza ricorso alle contenzioni,
- promuovere una migliore definizione dei programmi terapeutici e riabilitativi individuando casi di alta priorità.

Il CSM deve garantire l'integrazione e il raccordo con il Distretto di riferimento almeno nelle seguenti attività:

- presenza nell'UCAD (v. Linee guida PAT)
- coinvolgimento del MMG nei programmi individuali
- valutazione multidimensionale ed elaborazione di programmi personalizzati almeno per le situazioni complesse o multiproblematiche
- progetti e programmi coordinati e di raccordo su aree di interesse comune (es. anziani, minori e famiglie, handicap, tossicodipendenza, programmi di prevenzione),
- predisposizione degli strumenti della programmazione sanitaria e socio sanitaria locale (PAT e PDZ).

### *L'attività riabilitativa*

La riabilitazione psicosociale interviene sul livello individuale e familiare attraverso la promozione di un protagonismo reale dei soggetti coinvolti nel processo di ricostruzione delle abilità sociali così come negli interventi di sostegno familiare. Interviene inoltre su tutte le variabili che determinano un aumento dell'autostima e della contrattualità sociale degli utenti, come le abilità lavorative, le reti di relazioni, le soluzioni abitative.

Se è indubbia l'importanza di un intervento di alto livello qualitativo e professionale per quanto riguarda "l'addestramento alle abilità sociali" è altrettanto importante l'azione sul contesto. Spesso infatti gli utenti che hanno recuperato abilità perdute, acquisito competenze e conoscenze utili per un lavoro, non trovano "luoghi" in grado e/o disponibili ad accoglierli. Per questo lo sforzo più significativo è legato alla necessità di "trasformare i contesti", di costruire processi di inclusione abitativa e lavorativa, di rendere le comunità più accoglienti per le persone con problemi psichiatrici. E' il tentativo di *"ricostruire il tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza"*<sup>1</sup>. Tale intervento di "attivazione di contesto" non può che essere proposto e realizzato all'interno di una pianificazione integrata locale (PAT/PdZ) che prefiguri lo sviluppo di Patti locali per la Salute Mentale.

In questa prospettiva i Dipartimenti di Salute Mentale e le Aziende per i Servizi Sanitari, nel prossimo triennio, dovranno porre in essere tutti gli interventi necessari a rendere effettive le strategie di "trasformazione dei contesti" ed in particolare:

---

<sup>1</sup> DPR 10 novembre 1999. P.O. Salute Mentale.

### 1. Incrementare e riqualificare le risorse destinate alla riabilitazione.

In quasi tutte le Aziende le risorse dedicate alle attività riabilitative sono carenti e dovranno essere incrementate, in particolare nelle ASS n. 2, n. 3 e n. 6 si evidenziano importanti scostamenti (in termini di posti letto di strutture residenziali) dalla media regionale. Ma anche le stesse modalità di utilizzo delle risorse impiegate richiedono, con molta probabilità, un ripensamento. Nel rapporto con il privato sociale, il cui ruolo è senz'altro fondamentale per l'inclusione sociale degli utenti, si dovrà superare il pagamento a retta per giornata di degenza, per arrivare al finanziamento di progetti personalizzati (*budget individuali di salute*) gestiti secondo modelli di partenariati piuttosto che con la logica "cliente/fornitore". I progetti personalizzati/budget di salute dovranno articolarsi secondo diversi livelli (almeno tre: alto, medio e basso) di investimento necessario (in termini di risorse abitative più o meno protette, lavorative e di socializzazione) al ripristino del funzionamento sociale possibile delle persone con problemi di salute mentale. In questo senso anche le strutture riabilitative riacquistano il loro ruolo strumentale al processo emancipativo e le stesse cooperative sociali dovranno "ripensarsi" per proporsi in forme innovative nei confronti delle Aziende. La definizione puntuale delle modalità operative ed amministrative, degli strumenti gestionali, degli standard e dei criteri quali/quantitativi ed economici dei progetti personalizzati, saranno oggetto di approfondimento nel Progetto Obiettivo.

### 2. Sostenere lo sviluppo dell'economia sociale finalizzata all'inserimento lavorativo degli utenti dei servizi di salute mentale.

A questo scopo le Aziende per i servizi sanitari dovranno farsi parte attiva nella realizzazione di un patto fra i soggetti istituzionali e le realtà economico-sociali del territorio finalizzato ad incrementare le opportunità lavorative delle persone con problemi di salute mentale. Le stesse Aziende, nei limiti e con le possibilità previste dalla normativa in vigore, dovranno favorire, nell'esternalizzazione di servizi non strategico-sanitari, la creazione di opportunità lavorative attraverso l'imprenditoria sociale espressione del territorio. E' infatti ormai saldamente confermato come l'inserimento lavorativo in un "ambiente favorevole" (milieu riabilitativo) rappresenti un importante strumento di guadagno in salute per le persone con problemi psichiatrici. Le Aziende per i servizi sanitari, che rappresentano in molti territori la più importante fonte di opportunità lavorative e che sono istituzionalmente dedicate al guadagno di salute dei cittadini del proprio territorio, dovranno affrontare con decisione il problema della crescente esclusione lavorativa (e quindi sociale) degli utenti dei servizi di salute mentale (ed in generale delle persone disabili) e proporsi, assieme agli altri soggetti istituzionali, come sostenitori attivi dello sviluppo dell'economia sociale nel proprio territorio. L'attuazione di questa strategia dovrà concretizzarsi anche nell'ambito delle attività del Centro Servizi Condivisi, qualora le Aziende trasferiscano al CSC l'acquisto di servizi di supporto utili alla creazione di posti di lavoro per i soggetti disabili.

### 3. Realizzare nuove opportunità abitative protette

Per quanto riguarda l'asse riabilitativo inerente l'abitare, è importante sottolineare come spesso il normale sviluppo di un programma di re-inserimento sociale sia frenato dalla carenza significativa di soluzioni abitative con bassi livelli di protezione per le persone che hanno riacquisito sufficienti livelli di autonomia. Il rischio evidente è di inappropriatazza e di generare nuove forme di esclusione. Anche in questo senso sarà decisiva la capacità di costruire, all'interno dei PAT/PdZ, un

programma di intervento in grado di reclutare le disponibilità di tutti gli attori coinvolgibili (ATER soprattutto) per la soluzione del problema.

Una particolare rilevanza sta rivestendo, su tutto il territorio regionale, il problema delle persone anziane con disturbi mentali. Molte di queste persone, soprattutto nella fase di chiusura definitiva degli OPP, hanno trovato collocazione nelle strutture residenziali per anziani. Anche oggi, per gli utenti anziani in carico ai DSM in cui la famiglia non c'è più o non è più in grado di prendersi cura del proprio congiunto, non esiste alternativa al ricorso alle strutture residenziali che però, spesso, denunciano una inadeguatezza nel far fronte a queste particolari problematiche. Nelle attività preparatorie alla riclassificazione delle strutture residenziali per anziani, i gruppi di lavoro coinvolti hanno sostenuto la necessità di individuare nuove soluzioni per il problema dell'abitare negli anziani con problemi psichiatrici. Tali soluzioni abitative protette, affinché non si ripropongano forme di neo-istituzionalizzazione, dovranno caratterizzarsi per la dimensione familiare, l'inserimento nel contesto abitativo urbano, l'integrazione con le reti comunitarie locali e la garanzia di trattamenti personalizzati. Le Aziende, insieme agli Ambiti, dovranno promuovere la sperimentazione di soluzioni al problema dell'abitare protetto delle persone anziane con problemi psichiatrici, attraverso una gestione integrata sociosanitaria con il coinvolgimento del privato sociale.

Lo sviluppo di interventi programmatori per quanto riguarda la salute nelle carceri ed i disordini alimentari, per la particolarità e la forte dimensione multiprofessionale che rivestono, saranno trattati nella seconda fase pianificatoria con specifiche "Azioni Programmatiche".

## **Assistenza a persone con problemi di dipendenza**

Punto di riferimento programmatico e operativo nel campo delle Dipendenze a livello regionale sarà il Progetto obiettivo regionale "PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE NEI COMPORTAMENTI DI USO E DIPENDENZA DA SOSTANZE ILLEGALI E LEGALI (2006-2008)". Il Progetto obiettivo avrà almeno i seguenti obiettivi generali:

- prevenire l'inizio del consumo di sostanze
- prevenire il passaggio dall'uso sperimentale all'uso regolare di sostanze
- mettere a disposizione interventi precoci per i consumatori a rischio
- mettere a disposizione programmi di prima accoglienza
- mettere a disposizione programmi di trattamento
- mettere a disposizione programmi di riabilitazione, di reinserimento e inclusione sociale
- farsi carico e ridurre i danni sanitari e sociali correlati con le dipendenze

Il Progetto obiettivo dovrà inoltre individuare gli strumenti e gli interventi per affrontare le criticità prima evidenziate che siano atti a garantire:

- omogeneità degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi su tutto il territorio regionale, secondo un processo di miglioramento continuo della qualità, utilizzando le risorse in modo flessibile e secondo priorità definite.
- accessibilità e l'equità di fruizione delle prestazioni di primo livello nelle sedi distrettuali, secondo la necessaria integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, con il privato sociale e il volontariato.

Particolare attenzione va posta alla collaborazione con le strutture ospedaliere in relazione alle problematiche dell'acuzie e postacuzie, coinvolgendo nello specifico i Pronto

Soccorso, i reparti di degenza, i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura e i Centri di salute mentale, e le RSA.

Gli interventi verranno predisposti in un'ottica di programmazione integrata e finalizzata a fronteggiare efficacemente la complessità del fenomeno per fornire adeguate risposte territoriali, anche mediante la definizione di protocolli operativi.

Inoltre, dovranno venir predisposti programmi di educazione alla salute per la promozione del benessere, di ascolto e di gestione del disagio nei confronti delle giovani generazioni, in collaborazione con la scuola e le famiglie e il più possibile vicino ai luoghi e ai modi dell'aggregazione giovanile, secondo le modalità della "*peer education*".

Nell'ambito del Piano regionale della prevenzione, nella parte che riguarda gli incidenti stradali, saranno previste azioni di promozione della salute e di controllo della guida in stato di ebbrezza e dopo uso di sostanze stupefacenti.

L'attività correlata alle dipendenze dovrà essere integrata con le funzioni specialistiche ospedaliere coinvolte nel trattamento della patologia da astinenza, da emergenza (overdose) e per quella alcol correlata che riguarda le medicine (epatopatie, stato etilico acuto), le chirurgie (pancreatiti), le neurologie (neuropatie, malattie degenerative encefaliche) e con la psichiatria (doppie diagnosi) al fine di definire percorsi di accesso, valutazione e presa in carico.

Accanto agli interventi sanitari di tipo specialistico, dovranno essere garantite, nella programmazione locale, azioni utili a promuovere l'inclusione sociale, con particolare riferimento all'inserimento lavorativo, al problema abitativo, e all'integrazione nella comunità anche attraverso lo sviluppo dei budget individuali di salute. A questo riguarda risulta di particolare rilievo il contributo offerto dalle realtà del terzo settore ed in particolare, per quanto riguarda i problemi alcolcorrelati, delle ACAT.

Per i soggetti ad alto rischio sanitario e di marginalità sociale poi è opportuno prevedere sul territorio, misure di riduzione del danno e interventi a "bassa soglia".

Indubbiamente il comparto delle dipendenze richiede una implementazione di risorse che va mirata alle criticità territoriali e settoriali più evidenti.

Un primo aspetto riguarda la stabilizzazione degli operatori già inseriti nei servizi aziendali con i fondi del DPR 309/90 oggi decaduto. Peraltro tale intervento, oltre a consentire il proseguimento delle progettualità in essere, potrà associarsi ad una maggiore capacità di intervento dei Comuni concertata a livello di PAT/PdZ, atteso che detti fondi statali sono oggi confluiti nel Fondo Sociale Regionale indistinto.

Un secondo intervento attiene alla residenzialità, già indicata nel Piano Regionale della Riabilitazione, con la previsione di una nuova struttura per alcolisti collocata a Udine.

Si dovrà inoltre prevedere la costituzione, nell'ambito dell'RSA di Sacile, di un modulo avente un bacino di utenza di area vasta con posti letto finalizzati alla gestione di problematiche alcolcorrelate.

Un terzo aspetto riguarda il potenziamento degli organici dei servizi delle Aziende più carenti sia per potenziare l'attività di prevenzione che per estendere l'orario di apertura dei servizi e la loro presenza attiva e mobile sul territorio "verso" il bisogno promuovendo, soprattutto nei confronti dei giovani, la presa in carico delle persone nei luoghi dove avviene con maggior frequenza il consumo.

## **Fondo per l'autonomia possibile**

La Legge N.6 del marzo 2006 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" all' Art. 41 (Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine) prevede l'istituzione di un fondo rivolto a persone che, per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto

determinante di altri. Le prestazioni ed i servizi erogabili con il fondo sono orientati prioritariamente agli interventi diretti alla domiciliarità.

Nell'attesa della definizione delle modalità di gestione del fondo di cui al comma 41 della citata L.R., è possibile sin d'ora prevedere che i possibili destinatari del Fondo saranno prioritariamente le persone anziane non autosufficienti, le persone con problemi di salute mentale, e le persone disabili (minori ed adulti).

La destinazione di risorse dedicate alla costituzione di un fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine è orientata innanzitutto a rendere esigibile il diritto alle cure protratte delle persone in condizione di ridotta autonomia attraverso il finanziamento di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA.

Esiste infatti una parte di interventi, riferibili ai bisogni legati alle attività di base della vita quotidiana (ADL) dove la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per la quale è prevista una partecipazione al costo da parte degli utenti. E' su questa area, oggi molto scoperta soprattutto per quanto riguarda il domicilio, che dovrà in particolare insistere il fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi di gestione delle sinteticamente riferibili al "budget di cura".

In sostanza il Fondo, nel caso di persone anziane non autosufficienti che vengono seguite a domicilio, contribuirà a finanziare i costi sostenuti dalle famiglie per il lavoro di cura a domicilio anche in termini di partecipazione ai costi per il ricorso ad assistenti familiari. Nel caso di ricovero in strutture residenziali il Fondo interverrà a finanziamento delle prestazioni sociosanitarie abbattendo il costo della retta.

Analogo approccio dovrà essere adottato per il finanziamento degli interventi sociosanitari rivolti alle persone disabili, comprese le persone affette da malattie psichiatriche.

L'UVD, quale momento di integrazione gestionale e professionale di ambito e distretto, dovrà riassumere la responsabilità nella gestione integrata dei servizi avendo a disposizione, nella realizzazione dei progetti personalizzati, le risorse derivanti dal Fondo, con l'obiettivo dichiarato di combattere le dinamiche di istituzionalizzazione, abbandono ed esclusione. In questo senso si dovranno prevedere elementi di premialità, a parità di condizioni di bisogno e di reddito, per le scelte di domiciliarità.

Si rinvia al regolamento previsto al comma 6 dell'articolo 59 della L.R. 6/2006 la definizione delle modalità di integrazione tra le funzioni distrettuali (punto unico di accesso, UVD, progetto personalizzato, erogazione di servizi sanitari e sociosanitari) con il Servizio sociale dei Comuni al fine di promuovere interventi integrati volti a perseguire, in modo coordinato e armonico, l'autonomia economica e l'inclusione sociale delle persone (reddito di base per la cittadinanza) di cui all'articolo 59 della citata Legge.



Schede di sintesi per l'assistenza territoriale

AREA D'INTERVENTO	INDIRIZZI PRIORITARI DI PIANO	
<b>Organizzazione del distretto</b>	Introduzione e potenziamento degli strumenti per il miglioramento del <i>governo</i> del distretto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Potenziamento dell'organico direzionale</li> <li>▶ Potenziamento e sviluppo delle funzioni di staff</li> <li>▶ Sviluppo dell'UCAD</li> <li>▶ Adozione del budget di distretto</li> <li>▶ Adozione del budget per incentivazioni</li> <li>▶ Integrazione del sistema informatico sociale e sanitario</li> </ul>
<b>Azioni innovative</b>	Introduzione di strumenti per il miglioramento dell'accesso ai servizi e della presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Istituzione di punti unici di accesso in ogni ambito/distretto</li> <li>▶ Diffusione dell'utilizzo del progetto personalizzato</li> <li>▶ Sviluppo e riqualificazione delle unità multiprofessionali di progetto</li> <li>▶ Introduzione della figura del case-manager</li> </ul>
<b>Assistenza sanitaria di base</b>	Sviluppo dell'integrazione dei MMG e dei PLS con la rete dei servizi sociosanitari	<p><b>Assistenza sanitaria di base</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diffusione dell'informatizzazione</li> <li>▶ Sviluppo del governo clinico</li> <li>▶ Promozione della ricerca e formazione sul campo</li> <li>▶ Sviluppo dell'appropriatezza</li> <li>▶ Miglioramento della continuità delle cure</li> </ul>
<b>Assistenza domiciliare</b>	Potenziamento e riqualificazione dell'assistenza domiciliare	<p><b>Servizio infermieristico domiciliare (SID):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sviluppo e riqualificazione del SID</li> <li>— adeguare il numero di infermieri in servizio presso il SID allo standard previsto nel piano (3,5-4,5 infermieri domiciliari ogni 10.000 residenti)</li> <li>— attivare il servizio sulle 12 ore 7 giorni su 7</li> <li>— riorientare il modello organizzativo verso le Community care</li> </ul> <p><b>Servizio riabilitativo domiciliare (SRD):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sviluppo e riqualificazione del SRD</li> <li>— istituire il servizio in ciascun distretto</li> <li>— adeguare le attuali dotazioni organiche del personale riabilitativo almeno al valore medio regionale indicato nel Piano regionale della riabilitazione (4 fisioterapisti ogni 10.000 anziani)</li> </ul> <p><b>Assistenti familiari straniere (Badanti):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Integrazione delle assistenti familiari straniere nella rete dei servizi sociosanitari</li> </ul> <p><b>Abitare protetto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Promozione di soluzioni abitative alternative all'istituzionalizzazione</li> </ul>
<b>Assistenza residenziale di breve periodo (RSA)</b>	Potenziamento delle cure intermedie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sviluppo e riqualificazione delle RSA</li> <li>— adeguare la dotazione di posti letto allo standard previsto nel Piano regionale della riabilitazione</li> <li>— adeguare le attuali dotazioni organiche del personale riabilitativo allo standard previsto nel Piano regionale della riabilitazione (quantitativamente e qualitativamente)</li> <li>— Rimodulazione dei posti letto in funzioni di "sollevio", riabilitazione e post-acuzie</li> </ul>
<b>Assistenza alle persone nella fase terminale della vita</b>	Potenziamento delle cure intermedie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Completare la rete dei Centri Residenziali di Cure Palliative (hospice)</li> <li>▶ Sviluppo dell'offerta di assistenza domiciliare per il malato terminale</li> <li>▶ Definizione e adozione di procedure e dinamiche di lavoro che garantiscano la continuità assistenziale</li> </ul>

AREA D'INTERVENTO	INDIRIZZI PRIORITARI DI PIANO	
<b>Assistenza alle persone anziane</b>	Riqualificazione dell'offerta residenziale e potenziamento e riqualificazione dell'offerta semi-residenziale	<b>Assistenza semi-residenziale:</b>
		▶ Attuazione, per quanto di competenza, della specifica regolamentazione regionale di prossima emanazione
		– Censimento delle realtà esistenti
		<b>Assistenza residenziale:</b>
		▶ Introduzione sistema di VMD Val.Graf
		▶ Attuazione, per quanto di competenza, della specifica regolamentazione regionale di prossima emanazione
		▶ Interventi per garantire adeguata assistenza anche per quanto riguarda le strutture non convenzionate
<b>Assistenza materno infantile e dell'età evolutiva</b>	Conseguimento degli obiettivi di integrazione e riorganizzazione definiti nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile e dell'Età	▶ Riorganizzazione dei Consultori Familiari secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile e dell'Età Evolutiva
		▶ Istituzione a livello aziendale o interaziendale del Dipartimento Integrato Territoriale Materno Infantile e dell'Età Evolutiva (D.I. Te.M.I.)
<b>Assistenza alle persone con problemi psichiatrici</b>	Sviluppo della rete di offerta dei CSM e potenziamento dell'attività riabilitativa	▶ Potenziare e riorganizzare dei CSM 24 ore
		▶ Incrementare e riqualificare le risorse destinate alla riabilitazione
		▶ Sostenere lo sviluppo dell'economia sociale finalizzata all'inserimento lavorativo
		▶ Realizzazione di nuove opportunità abitative protette
<b>Assistenza alle persone con problemi di dipendenza</b>	Potenziamento della rete di offerta dei servizi e sviluppo delle attività di prevenzione, diagnosi e riabilitazione nel campo delle dipendenze	▶ Adeguare le attuali dotazioni organiche del personale del dipartimento delle dipendenze almeno al valore medio regionale (1,4 organici ogni 10.000 residenti)
		▶ Realizzazione di programmi di educazione alla salute nei luoghi di aggregazione giovanile (peer education)
		▶ Promozione della presa in carico delle persone nei luoghi dove avviene con maggior frequenza il consumo
		▶ Sostenere lo sviluppo di azioni utili a promuovere opportunità abitative, lavorative e di inclusione sociale
		▶ Sostenere lo sviluppo di azioni utili a promuovere opportunità abitative, lavorative e di inclusione sociale
<b>Assistenza alle persone disabili</b>	Riorganizzazione della residenzialità per le persone disabili	▶ Rilanciare l'équipe multidisciplinare dell'handicap
<b>Assistenza farmaceutica</b>	Qualificazione dell'assistenza farmaceutica in collaborazione con i MMG e PLS	▶ Promozione di iniziative di informazione scientifica indipendente sul corretto utilizzo dei farmaci
		▶ Incentivazione della prescrizione di medicinali non coperti da brevetto, meno costosi.
		▶ Iniziative di educazione sanitaria sul buon uso del farmaco per i cittadini
<b>Assistenza specialistica ambulatoriale</b>	Migliorare il governo delle prestazioni ambulatoriali rispetto ai produttori pubblici e	▶ Sperimentare il trasferimento di funzioni ambulatoriali ospedaliere di base a bassa complessità alla gestione diretta del territorio
		<b>Tempi di attesa:</b>
		▶ Trasparenza e affidabilità delle informazioni
		▶ Definizione di progetti specifici per le aree critiche
		▶ Aumento dell'accessibilità alla prenotazione
		▶ Partecipazione delle associazioni dei cittadini
		▶ Introduzione di nuove tecnologie e di nuovi percorsi diagnostici
		▶ Sviluppo del governo clinico

Nell'ambito delle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale, le risorse disponibili dovranno essere utilizzate prioritariamente per l'attuazione di questi principi che costituiscono elementi per la valutazione dei Direttori generali e Responsabili di Distretto

## CAPITOLO 7

# RIORGANIZZARE LA RETE OSPEDALIERA REGIONALE ARTICOLANDOLA PER FUNZIONI E PER AREA VASTA

LA RETE OSPEDALIERA  
LE STRUTTURE DELLA RETE OSPEDALIERA  
LE RELAZIONI TRA I NODI DELLA RETE, LE PRIORITÀ REGIONALI DI INTERVENTO E LE FUNZIONI  
*LE RELAZIONI A LIVELLO REGIONALE*  
*LE RELAZIONI TRA I NODI DELLA RETE*  
*GLI INTERVENTI PRIORITARI PER IL TRIENNIO 2006-2008*  
LE LINEE DI INDIRIZZO PER L'AREA VASTA  
LE SCHEDE DI OSPEDALE PER FUNZIONE *(IN ALLEGATO)*  
I RAPPORTI TRA REGIONE ED UNIVERSITÀ  
IRCCS  
OSPEDALI ED AMBULATORI PRIVATI GIÀ TEMPORANEAMENTE ACCREDITATI  
*SITUAZIONE ATTUALE E PROSPETTIVE DI SVILUPPO*  
*LA STRATEGIA*  
*I LIVELLI DI INTERVENTO*  
*TEMPI DI ATTESA*  
*COMMISSIONE MISTA PUBBLICO-PRIVATO*  
*LA CRESCITA DI ATTIVITÀ*

### La rete ospedaliera

Il sistema ospedaliero regionale viene orientato alla costruzione di una rete integrata di servizi sanitari di cui fanno parte anche i soggetti erogatori privati che sono già temporaneamente accreditati che è organizzata per funzione e per area vasta. All'interno di questa rete i singoli nodi ospedalieri necessitano di una riprogrammazione organizzativa (protocolli, dipartimenti e governo clinico), tecnologica (apparecchiature) e strutturale (risorse, edilizia) per poter correttamente interfacciarsi ed integrarsi tra loro e con le altre componenti del sistema. Con il triennio 2006-2008 il processo viene avviato dalla programmazione regionale che individua la priorità di intervento per il laboratorio analisi, la medicina trasfusionale, per la microbiologia e l'anatomia patologica che vengono riorganizzate per area vasta.

Gli obiettivi propri della rete ospedaliera sono:

1. attivare processi di complementarietà e di collaborazione più che di competizione tra le varie strutture deputate all'erogazione dei servizi specifici necessari in modo da sviluppare una rete dei servizi e dell'offerta ospedaliera che sia orientata a conseguire un'autosufficienza nell'ambito dell'Area vasta con l'eccezione delle funzioni di riferimento regionale che sono invece integrate ad un livello più elevato;
2. valorizzare il ruolo degli ospedali inseriti nelle ASS rispetto all'integrazione con gli altri ospedali e degli ospedali in genere con il territorio;
3. integrare le Aziende ospedaliere ed ospedaliero universitarie e gli IRCCS tra loro all'interno di ciascuno dei 3 poli ospedalieri regionali (Trieste, Udine, Pordenone); integrare i 3 poli tra loro e all'interno di ciascuna area vasta; integrare i Poli ospedalieri con gli ospedali inseriti nelle ASS;
4. qualificare, nell'area oncologica, materno infantile e riabilitativa, il ruolo di riferimento regionale degli IRCCS (CRO, Burlo, E. Medea "La nostra famiglia") e

dell'IMFR Gervasutta come già definiti dal Piano regionale oncologico, dal Progetto obiettivo materno infantile e dal Piano regionale della riabilitazione;

5. sviluppare il ruolo di riferimento regionale presente nelle Aziende ospedaliere di Trieste, Udine e Pordenone per l'assistenza, la didattica e la ricerca;
6. definire un progetto specifico per ciascun ospedale ex articolo 21 L.R. 13/95 in funzione della progressione degli investimenti previsti sul territorio di riferimento e delle diverse specificità locali e di contesto mantenendo l'inserimento nella rete regionale e sviluppando l'offerta verso attività di degenza post acuzie, residenziale ed ambulatoriale;
7. favorire dimensioni e composizione ottimali delle strutture operative deputate a rispondere alla domanda sanitaria, razionalizzando l'offerta ed evitando inutili duplicazioni di attività, indagini diagnostiche, ecc.;
8. garantire l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza delle prestazioni associate ad una corretta utilizzazione da parte del cittadino, individuando percorsi assistenziali omogenei, certi e disponibili su tutto il territorio regionale (equiaccessibilità);
9. ridurre le liste di attesa;
10. eliminare prestazioni ripetitive ed inutili;
11. integrare le conoscenze e sviluppare le competenze professionali e tecniche dei gruppi (medici ed infermieri o tecnici) coinvolti.

Il Piano prevede l'individuazione di funzioni regionali uniche (es. camera iperbarica, unità spinale, chirurgia della mano e microchirurgia), bipolari (es. cardio e neurochirurgia), che erogano prestazioni per tutti gli ospedali della regione, funzioni di area vasta che sono organizzate in modo unitario per ciascuna delle 3 aree vaste (es. radioterapia, anatomia patologica) e funzioni di base che sono presenti negli ospedali inseriti nelle ASS in quanto hanno un bacino di riferimento a livello distrettuale o sovradistrettuale. Quest'ultima tipologia di funzioni è svolta anche dalle strutture di riferimento regionale (IRCCS, Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliere universitarie) in quanto costituiscono anch'esse riferimento per il territorio di appartenenza per le funzioni di base (es. gravidanza e parto normali, tumori polmonari e tumori della mammella con caratteristiche tipiche della maggior parte della casistica trattata negli ospedali di ASS).

Questo approccio ha lo scopo di governare la domanda/offerta tenendo conto della numerosità della casistica e del livello di complessità dell'offerta necessario per dare risposta allo specifico bisogno. Se la domanda è costituita da bisogni ad alta complessità, è necessario che la risposta avvenga in strutture con una dotazione di offerta proporzionalmente complessa, invece, nel caso di un bisogno semplice, è sufficiente l'utilizzo di una struttura a bassa complessità.

La previsione della distribuzione delle funzioni nelle diverse strutture considera anche il fatto, ormai condiviso dalla comunità scientifica, che gli esiti delle cure sono correlati anche con l'entità della casistica trattata oltre che con il rispetto di procedure e protocolli e, pertanto, appare vincolante considerare il bacino d'utenza per singola funzione al fine di garantire determinati volumi di attività e quindi combinare valutazioni di efficacia con valutazioni di efficienza. La costituzione della rete ospedaliera consente di migliorare anche il livello di efficienza gestionale delle strutture che è correlato con i volumi di attività svolta e che ha immediate ricadute economiche.

Vi sono, pertanto, benefici sia di tipo clinico che economico ed organizzativo in una rete organizzata per funzione e la concentrazione del trattamento di alcune patologie in

centri selezionati, consente di garantire con maggiore facilità e di mantenere nel tempo i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici di volta in volta richiesti.

In base a questi elementi è poi necessario individuare a livello di programmazione regionale le strutture che svolgono funzioni di riferimento per più aree vaste ed a livello di programmazione di area vasta i diversi nodi della rete ospedaliera che svolgono le diverse funzioni necessarie per rispondere appropriatamente alla domanda.

A livello di area vasta si prevedono, pertanto (vedi anche nel capitolo 4 la parte specifica sull'Area vasta):

- aziende titolari di funzione quando la funzione è unica in area vasta e viene svolta da una sola azienda anche se l'attività viene erogata in varie sedi ospedaliere di altre aziende dell'area vasta. Nel triennio si prevede il graduale passaggio della gestione di risorse ad un'unica azienda
- aziende coordinatrici di funzione quando nell'area vasta sono presenti più strutture erogatrici riferite a diverse aziende, operanti in diverse sedi ed in cui è necessario che ogni azienda, nel mantenere la funzione e le risorse, garantisca predeterminati e differenziati livelli di offerta anche a favore delle altre aziende; livelli che devono essere programmati ed integrati con le altre strutture di area vasta
- aziende erogatrici della funzione che operano autonomamente o con diversi livelli di integrazione (accordi, protocolli, dipartimenti orizzontali) con le altre strutture di area vasta.

L'integrazione degli ospedali facenti parte della rete deve avvenire innanzitutto attraverso la responsabilizzazione dei singoli ospedali a svolgere adeguatamente (facilità di accesso, comfort, qualità, tempi di attesa, esiti) la funzione assegnata dalla programmazione regionale in quanto, essendo i nodi interdipendenti tra loro, una qualsiasi modifica della tipologia o dei volumi trattati, potrebbe ripercuotersi negativamente sugli altri nodi della rete. Pertanto, eventuali variazioni di tipologia o di attività dovranno essere programmate e condivise (innanzitutto a livello di area vasta) in modo che gli altri nodi della rete possano ridurre, aumentare o differenziare la propria attività a seconda dei casi.

A garanzia della qualità delle prestazioni, gli operatori sanitari dovranno promuovere attività di governo clinico inteso come strumento di coinvolgimento del personale per raggiungere l'eccellenza nell'assistenza complessiva del paziente favorendo la crescita professionale e sviluppando la responsabilità della valutazione delle attività svolte.

Anche l'attività di formazione, che è coordinata a livello regionale, dovrà favorire il processo di costituzione della rete ospedaliera individuando le principali aree strategiche in cui effettuare gli interventi formativi affinché i professionisti siano in grado di realizzare innanzitutto una rete di relazioni culturali basata su una visione comune dei problemi cui far seguire lo sviluppo di una rete basata sulla organizzazione e sulle strutture.

Il modello che si intende configurare utilizza le esperienze già avviate in FVG e quelle di altre regioni che hanno adottato il principio "*Hub and spoke*" e prevede, per ciascuna funzione o macroaggregato di funzioni, l'individuazione dei nodi della rete in cui vengono erogate le diverse prestazioni e lo sviluppo di relazioni operative tra i nodi della rete ("chi fa che cosa e come").

Sul versante strutturale, nel prossimo triennio, la Direzione centrale salute e protezione sociale e l'Agenzia regionale della sanità dovranno coordinare le Aziende che,

organizzate per area vasta, modificheranno progressivamente la propria organizzazione e struttura al fine di configurare una rete regionale in grado di assicurare per ogni funzione una risposta personalizzata in relazione al quadro clinico, operando per area vasta o per funzione unica regionale.

Ancora, l'Agenzia regionale della sanità, con la partecipazione dei clinici di riferimento individuati dalle Aziende, dovrà coordinare lo sviluppo di procedure per il governo clinico per le principali patologie per cui vengono condivisi i percorsi ottimali di assistenza e di continuità di cura con il territorio.

Annualmente, nell'ambito delle Linee per la gestione del SSR e degli accordi di area vasta, dovranno essere progressivamente adottati i citati protocolli prevedendo le conseguenti modifiche organizzative e strutturali dei singoli ospedali in modo da renderli funzionali agli obiettivi definiti.

Nel corso di ogni anno dovranno essere previsti anche periodici incontri di *audit* al fine di individuare e rimuovere eventuali criticità. Dovrà essere sviluppata anche un'attività di monitoraggio con lo scopo di costruire una banca dati dei percorsi e delle procedure che sia di facile accessibilità e che consenta un agile adeguamento alle nuove raccomandazioni della ricerca scientifica via via disponibili.

## **Le strutture della rete ospedaliera**

La rete ospedaliera è unica regionale ed è costituita da tutte le strutture pubbliche e private (queste ultime in relazione a specifici contratti) che partecipano secondo livelli differenziati di integrazione e di offerta in base alle funzioni considerate. Le Aziende ospedaliere ed ospedaliero universitarie, gli IRCCS e l'IMFR Gervasutta svolgono il loro ruolo di riferimento regionale come già definito dalla pianificazione di settore. Tutte le strutture ospedaliere dovranno essere integrate con i distretti in quanto luogo in cui avviene il governo della domanda e l'integrazione tra le attività sanitarie e sociosanitarie territoriali.

Il polo ospedaliero di Trieste è costituito dall'Azienda ospedaliero universitaria (ospedali di Cattinara e Maggiore) e dall'IRCCS Burlo Garofolo. Il piano di edilizia ospedaliera già approvato prevede il trasferimento, a regime, della sede dell'IRCCS Burlo G. a Cattinara con integrazione funzionale e strutturale. Nel corso di validità del presente Piano non sono però previsti spostamenti logistici. L'Azienda ospedaliero universitaria recentemente costituita sta ricercando la massima integrazione tra assistenza, didattica e ricerca modificando l'organizzazione e la strutturazione dei servizi. Rispetto all'integrazione tra le sedi di Cattinara e Maggiore, la configurazione a regime associata al piano edilizio prevede la concentrazione delle funzioni per acuti e quelle ad alta specializzazione a Cattinara, in parte già avvenute, ed altre da realizzarsi (Polo cardiologico, Anatomia patologica, Polo didattico, differenziazione della logistica per degenze ed ambulatorio ecc.). Nella sede dell'ospedale Maggiore viene ricercata la massima integrazione con le attività distrettuali dell'ASS1 (che nella nuova progettazione sono presenti fisicamente nell'edificio), il dimensionamento delle attività per acuti verso le funzioni di bassa complessità, lo sviluppo di assistenza per le fasi di post acuzie, di riabilitazione, di *day hospital* ed ambulatoriali. Si prevede il mantenimento di una funzione per l'urgenza (Centro prime cure fortemente integrato con i distretti) e lo sviluppo di una funzione di ortopedia ad attività programmata in grado di conseguire elevati livelli di qualità assistenziale per le patologie ortopediche a partire dalla fase iniziale del trattamento

chirurgico e considerando le fasi riabilitative e domiciliari integrate con il distretto. Nella sede del Maggiore è prevista anche l'integrazione delle attività oncologiche tra ASS1 e AOOTS. L'IRCCS Burlo Garofolo svolge la funzione di riferimento regionale e sovragionale nell'area materno infantile (come previsto dallo specifico progetto obiettivo) ricercando, mediante l'integrazione funzionale con l'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste, la continuità tra ricerca, assistenza e didattica.

Il Polo ospedaliero di Udine è costituito dall'Azienda ospedaliero universitaria (art 3 comma 1 e 2 L.R. N. 1 2005). Le due strutture (AOUD e PUGD) da cui deriva l'Azienda unica si sono appena fuse ed è in corso l'integrazione funzionale e strutturale attraverso la costituzione dei dipartimenti misti. Il nuovo assetto edilizio dovrà essere programmato tenendo conto dei seguenti obiettivi :

- il conseguimento dell'integrazione tra le funzioni delle due strutture
- il dimensionamento progettuale dell'offerta complessiva di posti letto, di sale operatorie e di strutture diagnostiche, deve tenere conto del bacino d'utenza, dell'offerta già esistente e prevista nei prossimi anni negli ospedali inseriti nelle ASS 3, 4, e 5 (di cui non si prevede una riduzione) e del potenziamento programmato nei servizi territoriali. A regime, pertanto, dovrà collocarsi al di sotto del limite massimo di 1.000 posti letto (comprensivi delle funzioni dislocate a Cividale), prevedendo, nel breve-medio periodo, la possibilità di un dimensionamento anche superiore al predetto limite correlato al mantenimento in funzione di alcuni padiglioni non ancora obsoleti, nonché delle strutture universitarie attualmente collocate a Gemona;
- la distribuzione delle funzioni ad alta complessità, che attualmente coinvolge tutte le attività del Polo ospedaliero, deve essere graduata su più livelli differenziati individuando funzioni a bassa complessità (equivalenti a quelle degli ospedali inseriti nelle ASS o a quella prevista all'O. Maggiore di Trieste) in grado di rispondere ai bisogni di base dell'utenza dei distretti di riferimento, operando in stretta integrazione con questi ultimi e con le caratteristiche di una gestione agile, flessibile e svincolata dalle criticità caratteristiche delle funzioni ad elevata complessità per quanto riguarda l'utilizzo del personale, delle attrezzature e delle sale operatorie.

Per quanto concerne le attività riabilitative del Polo ospedaliero di Udine, con il 2006 verranno avviate le attività ospedaliere dell'IRCCS E. Medea "La nostra famiglia" dedicate alla neuroriabilitazione in età evolutiva. Per quelle riferite all'età adulta, dovrà essere conseguita l'integrazione funzionale con il dipartimento riabilitativo dell'ASS4 comprendente le funzioni per acuti collocate all'interno del comprensorio ospedaliero e quelle dell'IMFR Gervasutta (ormai prossime alla ricollocazione nella nuova sede edilizia). Tale integrazione funzionale, oggetto di una sperimentazione in atto e recentemente confermata dal Piano regionale della riabilitazione, dovrà garantire l'obiettivo di una efficace riabilitazione precoce in fase acuta di tutti i pazienti del Polo udinese e la continuità del processo in fase estensiva e di reinserimento. A tal fine, anche le attività riabilitative svolte dalla struttura di riabilitazione del precedente PUGD, dislocate attualmente a Gemona, dovranno essere inserite nella sperimentazione per concorrere, con le proprie specificità, all'obiettivo complessivo di soddisfazione dei bisogni riabilitativi del Polo ospedaliero. L'obiettivo prioritario del 2006 è l'integrazione delle attività riabilitative dell'Azienda ospedaliero universitaria di Udine con l'IMFR Gervasutta. In parallelo dovrà essere prodotta una valutazione dei risultati della sperimentazione ed avviata una verifica tecnica, professionale e politica per definire l'assetto organizzativo ottimale previsto a regime per le strutture riabilitative del Polo udinese. Con il 2007 dovrà

essere avviata l'attuazione di quanto programmato per conseguire un assetto a regime con il 2008.

Il Polo ospedaliero di Pordenone è costituito dalle attività dell'Azienda ospedaliera di Pordenone e da quelle dell'IRCCS CRO di Aviano. Rispetto a quelli di Trieste e di Udine, questo polo ospedaliero si caratterizza per l'elevata attrazione extraregionale e per la mancanza di una integrazione fisica con l'istituto di ricerca. Indipendentemente da questi fattori, le due strutture hanno già avviato importanti esperienze di integrazione funzionale e strutturale (radioterapia, oncologia). Queste esperienze dovranno essere estese ad altri settori (es. laboratorio analisi, trasfusionale ecc.) al fine di conseguire un assetto funzionale in grado di svolgere una qualificata funzione di riferimento per l'area vasta e realizzare una struttura compatibile con i costi di gestione. Rispetto all'assetto edilizio, per l'ospedale di Pordenone è stato definito il programma di realizzazione di un nuovo padiglione e la ristrutturazione, ove necessario, di parte delle strutture attuali e per l'IRCCS CRO di Aviano è in programma un'ampliamento. A quest'ultima struttura, in considerazione dell'elevato livello di attività di tipo assistenziale (peraltro svolta anche per residenti fuori regione), di ricerca (nell'area epidemiologica, clinica e di diagnostica) e di didattica (in collaborazione con l'Università di Udine), viene riconosciuto un ruolo di riferimento regionale ed extraregionale come già previsto dal Piano oncologico regionale.

I 3 poli ospedalieri integrati al loro interno, come appena descritto, sono ulteriormente integrati tra loro e con gli altri ospedali della rete per quanto riguarda le funzioni a riferimento regionale e sovraregionale. Per le funzioni regionali uniche (es. camera iperbarica a Trieste, unità spinale a Udine, chirurgia della mano a Pordenone), che sono collocate in un nodo della rete dovranno essere attivati protocolli di accesso e di dimissione con gli altri nodi della rete di area vasta al fine di assicurare l'appropriatezza delle prestazioni in relazione ai bisogni del bacino d'utenza regionale.

Il Piano prevede per alcune funzioni regionali presenti in 2 o più poli ospedalieri una diversificazione dei livelli di complessità o specializzazioni/differenziazioni come per esempio il caso dei trapianti in cui già attualmente quelli d'organo sono effettuati solo a Udine, mentre quelli di midollo osseo in cui il donatore è il paziente (trapianto di tipo autologo) sono effettuati a Trieste, a Udine ed al CRO di Aviano. Gli altri tipi di trapianto in cui il donatore è diverso (trapianto allogenico) vengono effettuati a Trieste per il bambino ed a Udine per l'adulto. Altri temi di sviluppo e differenziazione per il triennio potrebbero essere la neurochirurgia, la neonatologia, la PET, la radioterapia, la cardiocirurgia ecc. In questi casi dovrà essere previsto un coordinamento regionale delle attività e degli sviluppi con diverse forme di integrazione:

- tra poli (al fine di adottare protocolli di accesso e di gestione della casistica condivisi e di rispondere compiutamente a tutti i bisogni del bacino d'utenza regionale)
- con altri nodi della rete (al fine di regolare i percorsi di accesso e di riammissione precoce all'ospedale di provenienza per completare le cure e predisporre la presa in carico distrettuale)
- con i distretti (nel caso in cui il Polo ospedaliero è di diretto riferimento).

In ciascuna area vasta la rete ospedaliera pubblica è integrata con le strutture gestite dai soggetti erogatori privati secondo contratti triennali definiti in area vasta e sottoscritti direttamente con le Aziende. Nei contratti vengono definiti i volumi, la tipologia e la qualità delle prestazioni erogate.



Gli ospedali inseriti nelle ASS sono parte costitutiva della rete ospedaliera regionale e partecipano ad essa secondo relazioni di collaborazione ed integrazione e non di dipendenza dai poli ospedalieri. La programmazione regionale assegna ad essi le diverse funzioni differenziando i livelli di complessità e tenendo conto del peso e delle caratteristiche dei distretti di riferimento nei confronti dei quali gli ospedali inseriti nelle ASS costituiscono offerta appropriata in grado di rispondere alla maggior parte della domanda per acuti (in particolare per quella di base in cui si configura un'autonomia di risposta).

Tutti gli ospedali della rete perseguono l'integrazione con il distretto di riferimento e quelli inseriti nelle ASS, quando la logistica lo consente, realizzano anche una integrazione strutturale con le funzioni distrettuali (es. RSA, *Hospice*, ambulatori) al fine di conseguire economie di scala. L'integrazione con il distretto è orientata anche al trasferimento tra professionisti dell'ospedale e del territorio (compresi MMG e PLS) di esperienze, metodo, professionalità e ricerca al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

L'integrazione degli ospedali di ASS con i 3 poli ospedalieri è orientata al conseguimento di elevati standard assistenziali, alla collaborazione ed al coordinamento e non alla configurazione di uno stato di inferiorità o di basso livello assistenziale, essendo invece obiettivi dell'integrazione il perseguimento dell'eccellenza in tutte le sedi ospedaliere, il superamento dell'autoreferenzialità, lo sviluppo dell'interdipendenza, l'adozione di protocolli comuni nell'ambito delle procedure di governo clinico e *l'audit* periodico. Queste modalità si concretizzano nello sviluppo graduale di collaborazioni nell'Area vasta di riferimento. I programmi dovranno poi trovare attuazione in modifiche organizzative e strutturali nelle singole strutture operative, nei dipartimenti, nell'attività giornaliera degli operatori, nei trasporti, nella comunicazione, nella informatizzazione e nel coordinamento degli attori e delle singole azioni per la soluzione delle difficoltà incontrate e nella verifica dei risultati raggiunti.

Gli ospedali ex articolo 21 della L.R. 13/95 partecipano alla rete ospedaliera regionale in quanto mantengono alcune funzioni di degenza per acuti in dipendenza del livello di complessità strutturale che li caratterizza e nel triennio si realizzano attività di degenza post acuzie, attività residenziali (RSA, stati vegetativi, *hospice*, ospedale di comunità) ed ambulatoriali ricercando la massima integrazione con le funzioni distrettuali già inserite nella struttura. Poiché ogni sede si caratterizza per le diverse dimensioni del bacino d'utenza, per la diversa dotazione strutturale e ha sviluppato specifiche relazioni ed integrazioni con gli altri ospedali di ASS o con Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie è necessario sviluppare progetti specifici per ciascuna realtà secondo le priorità più sotto indicate.

L'ospedale di Cividale, sulla base dello studio di fattibilità già effettuato, con il 2006 avvia la prima fase di realizzazione per alcune funzioni (dialisi, stati vegetativi, RSA), proseguendo poi l'attuazione del Piano negli anni successivi, con l'attivazione di altri servizi (*hospice*) e, in accordo con l'Azienda ospedaliera universitaria di Udine, mantiene le attività decentrate (compreso pronto soccorso) per acuti tenendo conto anche del previsto riassetto edilizio.

L'ospedale di Gemona mantiene le attività decentrate per acuti secondo i programmi che saranno definiti a seguito dell'unificazione tra Azienda ospedaliera di Udine e Policlinico universitario ed a seguito della progressione dei lavori edili nella sede di Udine. Le altre funzioni saranno dimensionate in rapporto al fabbisogno distrettuale ed alle

necessità di ristrutturazione edilizia dell'Ospedale di Tolmezzo e della necessità di una sempre maggiore integrazione tra Tolmezzo e Gemona.

L'Ospedale di Sacile mantiene le funzioni decentrate dell'Azienda ospedaliera di Pordenone e sviluppa l'offerta territoriale in funzione del fabbisogno del distretto secondo il modello già sviluppato nel corso degli ultimi anni, che prevede la presenza integrata delle funzioni ospedaliere e di quelle territoriali ed il raccordo con i servizi socio assistenziali.

L'Ospedale di Maniago mantiene le funzioni per acuti attualmente presenti, compensa l'offerta per l'RSA, sviluppa l'ospedale di comunità, qualifica i servizi ambulatoriali e di distretto ed opera in maniera integrata con le sedi di Spilimbergo e Pordenone.



## **Le relazioni tra i nodi della rete, le priorità regionali di intervento e le funzioni**

### *Le relazioni a livello regionale*

Le funzioni di riferimento regionale, che già attualmente trovano riscontro nella programmazione regionale, mantengono invariato l'attuale assetto. Ciò vale in particolare per gli IRCCS e le Aziende ospedaliere ed ospedaliero universitarie in cui sono state individuate funzioni o segmenti di funzione ed attività che hanno un bacino d'utenza superiore all'area vasta o regionale (es. camera iperbarica, trapianti, chirurgia della mano e microchirurgia). Questi ed altri temi sono peraltro già trattati negli atti di programmazione regionale emanati dalla Giunta regionale (Piano regionale oncologico, Progetto obiettivo materno infantile, Piano regionale della riabilitazione) che vengono confermati per il triennio 06-08. Ulteriori aspetti sono stati sviluppati in atti regionali di recente emanazione quali la Legge sugli IRCCS ed i Protocolli Regione/Università. Altri elementi di programmazione (es. collaborazione transfrontaliera) dovranno essere sviluppati a livello regionale o locale anche con l'iniziativa delle singole aziende, come iniziativa di area vasta e nell'ambito dei programmi regionali di collaborazione internazionale (Macroregione) e gestiti dall'Ufficio regionale permanente per le politiche sanitarie transfrontaliere con sede a Gorizia. Le iniziative in questo campo sono già state avviate con i progetti Interreg (emergenza, tessera sanitaria, formazione ecc.).

Le funzioni regionali, a seconda dei casi, possono essere presenti in uno o più Poli ospedalieri della Regione. La costituzione della rete ospedaliera organizzata in 3 aree vaste, prevede in alcuni casi lo sviluppo di funzioni uniche o coordinate a livello di area vasta e quindi di 3 aggregati funzionali regionali (es. radioterapia, trasfusionale, oncologia). In tutti questi casi appare indispensabile un coordinamento regionale al fine di indirizzare la programmazione locale alle esigenze di sistema, per garantire percorsi di accesso omogenei e per qualificare l'assistenza. Questa attività dovrà avvenire attraverso:

1. il Coordinamento regionale dei professionisti in capo all'ARS: tale attività rientra nei normali compiti di presidio del governo clinico e si espleta con riferimento alle problematiche o alla pianificazione di un settore o di una funzione attraverso la promozione di tavoli di professionisti (indicati formalmente dalle Aziende) finalizzati alla definizione di Linee Guida, Percorsi diagnostici, Protocolli. Questi, una volta definiti, dovranno essere presentati da parte dell'ARS alle Aziende in modo che queste ultime ne curino l'applicazione a livello area vasta ed aziendale
2. il Coordinamento regionale delle Aziende in capo all'ARS: tale attività rientra nei normali compiti di presidio della programmazione attuativa e si espleta sia con riferimento ai piani annuali e pluriennali aziendali sia con riferimento ai piani di settore o di funzione e, nel prossimo triennio, dovrà riguardare anche i Piani di area vasta per funzione. Tale attività consiste nel promuovere tavoli di concertazione interaziendale per la predisposizione di piani aziendali concertati o di piani comuni a più Aziende.
3. il ruolo della Direzione centrale salute protezione sociale di verifica dell'avvenuta attuazione delle azioni prioritarie del Piano. Essa opera in collaborazione con l'Agenzia regionale della sanità nella valutazione dei risultati conseguiti attivando anche rapporti diretti con le aziende singole ed a livello di area vasta al fine di individuare e proporre le iniziative di volta in volta necessarie all'attuazione della strategia regionale.

Per ulteriori dettagli si vedano le schede di ospedale per funzione presenti come documento allegato al piano che evidenziano le diverse funzioni e le relazioni previste che

sono classificate secondo la priorità di intervento definita dalla programmazione regionale (vincolanti) rispetto a quelle che costituiscono indirizzo per lo sviluppo in area vasta.

### *Le relazioni tra i nodi della rete*

Il livello più semplice di relazione per una specifica funzione tra i diversi nodi della rete riguarda la definizione di protocolli di collaborazione o accordi al fine di programmare a livello di area vasta i volumi, la tipologia e la qualità delle prestazioni erogate in funzione del bacino d'utenza ed in risposta a criticità evidenziate a livello distrettuale (es. appropriatezza, tempi di attesa, continuità assistenziale ecc.). L'attivazione di questa forma di relazione è lasciata prevalentemente all'analisi ed alla programmazione locale ed in particolare modo alla valutazione clinica. La programmazione di area vasta potrà promuovere le tematiche di sviluppo e/o recepire gli accordi o i protocolli definiti e individuare aree critiche (es. medicina, ortopedia).

Per le funzioni di particolare complessità, come quelle che richiedono interventi multidisciplinari (es. oncologia, cardiologia) e che hanno ripercussioni sull'attività di più ospedali (es. pronto soccorso ed aree di emergenza o terapia intensiva) o che vengono erogate solo in alcune sedi di area vasta (es. radioterapia, angioplastica), la programmazione regionale ritiene opportuno garantire condizioni di equiaccessibilità ai servizi nell'ambito di area vasta e percorsi ed esiti delle cure standardizzati, indipendentemente dal punto di accesso al sistema. Nel triennio, con la gradualità che le condizioni locali consentiranno, i professionisti individuati dalle Aziende dovranno sviluppare protocolli diagnostico terapeutici comuni per l'accesso alle prestazioni e garantire, in caso di trasferimenti del paziente, la continuità del percorso già avviato nella sede di accesso e l'utilizzo delle indagini già eseguite. La conferenza di area vasta dovrà definire il livello di formalizzazione da riconoscere a queste nuove organizzazioni in funzione dell'utilizzo in comune di risorse, della previsione di specializzazione o differenziazione di alcuni siti, della necessità di spostamento di specialisti per consulenze, di svolgimento dell'attività in sedi decentrate o altro.

### *Gli interventi prioritari per il triennio 2006-2008*

Come già anticipato nel capitolo sulla strategia, la programmazione regionale interviene prioritariamente nella riorganizzazione dell'area del Laboratorio analisi, Microbiologia, Medicina trasfusionale ed Anatomia patologica.

Gli interventi dovranno portare a risultati sulla qualità delle prestazioni (consulenza ai clinici, appropriatezza, controlli sui referti, esami eseguiti in una sola sede), sulla responsabilizzazione dei professionisti (valorizzazione del ruolo dei tecnici di laboratorio, pronte disponibilità, guardie attive, lavoro in team, specializzazioni, volumi di attività svolta) e sulla economicità (razionalizzazione sull'utilizzo delle apparecchiature, riduzione dei costi per manutenzioni, noleggi, semplificazione delle gare ecc.). Questo processo dovrà essere supportato da investimenti nella formazione del personale, dallo sviluppo di una rete informatica integrata, dalla predisposizione di adeguati trasporti dei materiali, dall'utilizzo del sistema premiante per il personale, dal blocco delle assunzioni di personale ecc.

Sono previsti interventi differenziati nelle diverse aree vaste in funzione della diversa logistica, del bacino d'utenza, dell'assetto organizzativo ed in funzione del già avvenuto avvio di interventi riorganizzativi. In tutti i casi dovranno comunque essere

garantite le funzioni in urgenza negli ospedali ed il rapporto di collaborazione tra i clinici, indispensabile per una crescita professionale reciproca ed il miglioramento della qualità dell'assistenza. La riorganizzazione non è orientata alla costituzione di "esamifici", ma alla crescita professionale ed allo sviluppo e valorizzazione dei professionisti nell'ambito della razionalizzazione dell'offerta. La Direzione centrale salute e protezione sociale è incaricata di verificare l'effettiva attuazione di quanto previsto nel triennio e di operare per rimuovere gli ostacoli che dovessero essere evidenziati.

Per quanto riguarda il Laboratorio analisi, l'obiettivo generale del triennio è la razionalizzazione dell'offerta operando a livello di area vasta. Si prevedono 3 tipologie di intervento:

1. gli esami di base e in emergenza dovranno essere garantiti in ogni presidio ospedaliero perseguendo il costante raccordo tra clinico e laboratorista
2. la pianificazione regionale definisce a livello di area vasta le razionalizzazioni da perseguire che costituiscono riferimento per la Conferenza di Area vasta (o singola azienda) in termini di obiettivi e di tempi di attuazione e su cui deve essere ricercato il coinvolgimento dei professionisti
3. nell'ambito del Comitato di area vasta e tra i professionisti dovranno essere definite le sedi uniche in cui eseguire gli esami a più elevata complessità ed a basso utilizzo (esami specialistici).

Nell'ambito della funzione di laboratorio analisi è necessario rivedere le attività di Tossicologia forense in quanto la nuova normativa nazionale in tema di alcol e droga definisce specifici standard organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esecuzione del prelievo, per la conservazione, per l'esecuzione degli accertamenti di primo livello e per i test di conferma. In considerazione della complessità delle specifiche norme, della consistenza delle modifiche organizzative e per l'elevato livello tecnologico delle attrezzature che devono essere messe a disposizione, si prevede la concentrazione in punti unici per ciascuna area vasta di queste attività e lo sviluppo di una funzione regionale di coordinamento al fine di conseguire omogeneità e qualità dei servizi.

Analogamente a quanto previsto per il laboratorio analisi, anche per la microbiologia si prevedono le tre tipologie di intervento di cui sopra. Operando per Area Vasta, le attività dovranno essere concordate con i clinici come gli infettivologi e Dipartimenti di prevenzione (es. bioterrorismo, infezioni veicolate da alimenti), e dovranno essere definiti protocolli condivisi per gli esami di rara esecuzione o per quelli ad elevata complessità, riducendo le sedi in cui essi vengono eseguiti individuando anche i percorsi per l'invio dei campioni biologici e delle relative risposte. Al fine di coordinare e di omogeneizzare le azioni di riorganizzazione di Area Vasta potrà essere istituito anche un coordinamento regionale.

Per quanto riguarda la Medicina trasfusionale, le nuove normative prevedono il dimensionamento sovraziendale dei servizi (DM 1 marzo 2000, 2° Piano sangue e plasma nazionale, DPCM 1 settembre 2000, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie relative alla medicina trasfusionale") e la necessità di forti interrelazioni del sistema al fine di garantire qualità e sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti (normativa europea in materia di raccolta, lavorazione, controllo, distribuzione ed assegnazione del sangue e degli emocomponenti di cui Decreto Legislativo 19 agosto 2005 n.191, recante "Attuazione della direttiva 2002/98/CE).

Con questo Piano la Regione Friuli Venezia Giulia dà attuazione alle norme citate adottando la definizione di organizzazione dipartimentale trasfusionale quale obbligatorio criterio di integrazione delle strutture trasfusionali. Il Dipartimento strutturale interaziendale di Medicina Trasfusionale è lo strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico e logistico di tutte le attività trasfusionali connesse con la raccolta del sangue e con l'attività diagnostica e clinica correlata all'emoterapia all'interno di ciascuna area vasta. Tale strutturazione ha la finalità di individuare gli strumenti necessari per garantire un coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, promuovendo l'uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza in materia di attività trasfusionali.

Questo modello è in grado di garantire qualità, efficienza, economicità, omogeneizzazione e standardizzazione della organizzazione del sistema trasfusionale, come richiesto anche dalla Legge n. 219/05 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati", recentemente licenziata in via definitiva dal Parlamento.

Per adempiere alle disposizioni citate, si prevede

1. la conferma di un coordinamento regionale che dia garanzia della gestione sinergica delle componenti del sistema, a causa della complessità della funzione trasfusionale, impegnata sul duplice versante della garanzia di disponibilità di sangue, emocomponenti ed emoderivati e delle attività cliniche del settore
2. la concentrazione in un'unica sede regionale delle attività di certificazione dei requisiti di qualità e sicurezza per le unità di sangue ed emocomponenti e la tipizzazione eritrocitarie sui donatori.

Ulteriori norme di programmazione regionale sono contenute nel III Piano sangue e plasma regionale recentemente approvato da parte della Giunta regionale.

#### *AVGiulano isontina Laboratorio analisi*

Nell'area vasta Giuliano Isontina l'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste viene individuata come Azienda titolare per la funzione di Laboratorio analisi da erogare nelle sedi di Cattinara, Maggiore, Burlo ed a favore del territorio dell'ASS1. Con accordi successivi, nel triennio, dovranno essere definite le modalità per assicurare l'attività in urgenza, per definire il livello di unificazione e differenziazione delle linee produttive, per garantire la rete di collegamento (trasporti, informatica ecc.), per l'acquisizione di beni, servizi ed apparecchiature e per la gestione delle risorse umane.

L'ASS2 ha una propria organizzazione della funzione di Laboratorio analisi essendo già avvenuta l'unificazione di tutte le attività nella sede di Monfalcone. Nel corso del triennio dovranno essere esaminate le possibilità di collaborazione e di ulteriore razionalizzazione tra l'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste e l'ASS2, in particolare per gli esami specialistici ed a più rara esecuzione ed avviati i relativi sviluppi.

In relazione alla concentrazione in una sede unica regionale degli esami di qualificazione biologica delle unità trasfusionali (vedi oltre Medicina trasfusionale) in cui sono coinvolti attualmente anche segmenti di attività del laboratorio analisi, dovranno essere rivisti l'utilizzo di risorse in relazione alla cessata attività (es. transaminasi) e la modalità più razionale per eseguire gli esami per esterni che la Medicina trasfusionale eseguiva per conto del Laboratorio analisi (*marker* virali) e che non verranno più eseguiti vista la concentrazione delle attività in unica sede regionale.

#### *AV Giulano isontina Virologia/Microbiologia*

L'IRCCS Burlo G. viene individuato come struttura coordinatrice della funzione di Virologia/Microbiologia che dovrà essere svolta a favore del territorio dell'ASS1 ed ASS2. La funzione microbiologica è presente anche nell'AOUTS e nell'ASS2 (laboratorio analisi). Nell'ambito dell'area vasta dovranno essere individuate nel triennio le modalità di razionalizzazione delle attuali linee produttive anche differenziando la produzione delle diverse sedi (tra cui vengono ricomprese anche le aree di Laboratorio analisi per quanto di competenza) che, comunque, mantengono la funzione in relazione alle specifiche esigenze locali.

#### *AV Giulano isontina Medicina trasfusionale*

L'AOUTS viene individuata Azienda coordinatrice della funzione di area vasta che è già organizzata formalmente in Dipartimento verticale interaziendale. Poiché nelle diverse sedi sono state già differenziate con successo alcune linee di lavoro rispetto alla produzione, alla distribuzione ed alle attività cliniche della medicina trasfusionale, nel corso del triennio questo programma dovrà proseguire e sviluppare l'integrazione e la gestione a livello dipartimentale delle attività di interesse comune compresa la gestione delle risorse messe a disposizione per queste funzioni dalle diverse aziende. La sede di Gorizia (previo studio di fattibilità) viene individuata come centro regionale in cui verranno eseguiti tutti gli esami di laboratorio per la certificazione dei requisiti di qualità e sicurezza per le unità di sangue ed emocomponenti e la tipizzazione eritrocitaria sul sangue donato. Questo comporterà la redistribuzione delle attività, delle tecnologie e del personale e la riorganizzazione dell'attività a livello delle 3 aree vaste in particolare per le funzioni di trasporto e di refertazione.

#### *AV Giulano isontina Anatomia patologica*

L'AOUTS viene individuata come azienda titolare della funzione per l'intera area vasta. Nel corso del triennio dovrà essere avviato un programma di revisione dell'organizzazione interna all'AOUTS individuando specifiche differenziazioni e responsabilità delle strutture esistenti che attualmente sono inserite in 3 diversi dipartimenti verticali. Tenendo conto del bacino d'utenza ottimale definito dalla programmazione regionale per la funzione di anatomia patologica e delle funzioni di citopatologia svolte per l'IRCCS Burlo Garofolo, nel triennio dovrà essere rivista l'assegnazione ai diversi dipartimenti delle attuali responsabilità. L'azienda ospedaliero universitaria di Trieste dovrà garantire l'erogazione diretta delle attività programmate nelle sedi di Gorizia e Monfalcone.

#### *AV Udinese Laboratorio analisi e Microbiologia/Virologia*

Nel prossimo triennio per questa area vasta la fusione dell'AOUTS con il PUGD sarà il cambiamento organizzativo con maggiore impatto sulla funzione Laboratorio analisi/Microbiologia/Virologia. La nuova azienda dovrà rivedere prioritariamente gli assetti organizzativi delle diverse attività di diagnostica perseguendo, con la costituzione dei dipartimenti intraziendali, la semplificazione delle attuali strutture e la unificazione e differenziazione delle linee produttive attualmente duplicate nelle due aziende. In questo senso nel triennio dovranno anche essere riviste la logistica attuale e futura nel nuovo ospedale nonché il processo di acquisizione dei beni e servizi, delle attrezzature e dell'utilizzo del personale. Una volta conseguito l'assetto a regime potranno essere sviluppati modelli di integrazione di area vasta.

Per le attività di Laboratorio analisi dell'area vasta si prevedono due aree di intervento: ASS5 da un lato e dall'altro ASS4 ed ASS3.



Nell'ambito dell'ASS5 dovrà essere proseguito il percorso già avviato negli ultimi anni che ha consentito di ridurre il numero di linee produttive nei due Laboratori analisi specializzando e differenziando le funzioni delle sedi di Palmanova e Latisana. Nel triennio dovranno essere conseguite ulteriori razionalizzazioni fatta salva la garanzia dell'esecuzione delle prestazioni in urgenza in entrambe le sedi.

Per il Laboratorio analisi l'area dell'ASS4 ha già sperimentato con successo la possibilità di sviluppare a San Daniele una funzione territoriale attraverso più stretti rapporti con i Distretti e mantenendo comunque la funzione di riferimento per gli ospedali. Questa esperienza dovrà proseguire nel triennio coinvolgendo nel processo anche la funzione di laboratorio analisi dell'ASS3 che per gli esami del proprio territorio, dovrà sviluppare sinergie con le linee produttive collocate nella sede di San Daniele per individuare modalità integrate di risposta alla domanda e differenziazioni delle linee produttive presenti nei due laboratori analisi.

Infine, nell'ambito dell'area vasta in generale, dovranno essere definiti protocolli condivisi per gli esami di rara esecuzione e per quelli che richiedono elevata complessità strutturale riducendo le sedi in cui essi attualmente vengono eseguiti e individuando anche i percorsi per l'invio dei materiali, i controlli di qualità e la certezza della tempestività delle risposte e del supporto clinico per l'interpretazione del risultato.

#### *AV Udinese Medicina trasfusionale*

L'AOUUD viene individuata come azienda titolare della funzione per l'area vasta e nel triennio dovrà proseguire il processo già avviato che è supportato dalla costituzione del dipartimento verticale (strutturale) e che ha portato alla unificazione di alcune linee produttive mantenendo le attività trasfusionali e di raccolta delle donazioni in ogni sede ospedaliera di area vasta. In particolare, dovranno essere superate le criticità evidenziate nel corso della prima fase di attuazione del dipartimento che hanno riguardato la gestione delle risorse umane e la condivisione delle modalità organizzative dell'attività svolta nell'ambito delle sedi decentrate dell'area vasta.

Con l'avvio dell'attività della sede unica per la certificazione delle unità di sangue e la tipizzazione eritrocitaria a Gorizia, dovranno essere operate le necessarie modifiche organizzative, di attività e di impiego di risorse.

#### *AV Udinese Anatomia patologica*

Con la fusione dell'AOUUD ed il PUGD dovrà essere avviato un processo che nel triennio riesca a portare ad una razionalizzazione delle attività svolte dalle attuali due unità operative individuando elementi di integrazione (spazi, personale, attrezzature) nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale. Dovrà essere mantenuta e sviluppata la funzione di riferimento svolta per gli ospedali inseriti nelle ASS dell'area vasta che orienteranno le loro richieste al Polo udinese.

#### *AV Pordenonese Laboratorio analisi*

L'Azienda ospedaliera di Pordenone viene individuata come azienda titolare della funzione per l'area vasta rispetto al territorio dell'ASS6 e, attraverso opportune modifiche organizzative e razionalizzazioni, nel triennio dovrà organizzarsi per assicurare la funzione di riferimento per i distretti e l'attività in urgenza per gli ospedali di area vasta secondo protocolli condivisi che prevedano anche la gestione del personale. Rispetto al CRO di Aviano l'AOPN assumerà altresì il ruolo di coordinatrice per ridurre le linee produttive differenziando la produzione delle diverse sedi. In ragione delle particolari dotazioni di offerta e delle funzioni di riferimento regionale, il CRO di Aviano manterrà le necessarie attività specialistiche ed in urgenza.

In relazione alla concentrazione in una sede unica regionale degli esami di qualificazione biologica delle unità trasfusionali (vedi medicina trasfusionale) in cui sono coinvolti attualmente anche segmenti di attività del laboratorio analisi, dovranno essere rivisti l'utilizzo di risorse in relazione alla cessata attività (es. transaminasi) e la modalità più razionale per eseguire gli esami per esterni che la Medicina trasfusionale eseguiva per conto del Laboratorio analisi (*marker virali*) e che non verranno più eseguiti vista la concentrazione delle attività in unica sede regionale.

#### *AV Pordenonese Microbiologia*

L'IRCCS CRO Aviano viene individuato come azienda coordinatrice della funzione per l'intera area vasta e, rapportandosi con l'AOPN, dovrà razionalizzare e differenziare l'attività svolta nelle diverse sedi assicurando la risposta ai bisogni del territorio e degli ospedali di area vasta.

#### *AV Pordenonese Medicina trasfusionale*

L'AOPN viene individuata come azienda coordinatrice della funzione per l'intera area vasta con l'obiettivo di introdurre razionalizzazioni, differenziazioni ed integrazioni delle diverse sedi di attività di questa funzione. Il servizio di Medicina Trasfusionale del CRO sviluppa in modo particolare le funzioni cliniche del settore relative al prelievo, alla manipolazione e alla conservazione delle cellule staminali da sangue periferico. Dovranno comunque essere garantite le funzioni in emergenza urgenza nelle diverse sedi ospedaliere e la raccolta sangue nelle attuali sedi.

Nel triennio dovrà essere pienamente operativo il Dipartimento verticale interaziendale.

Con l'avvio dell'attività della sede unica per la certificazione delle unità di sangue e la tipizzazione eritrocitaria a Gorizia, dovranno essere operate le necessarie modifiche organizzative, di attività e di impiego di risorse.

#### *AV Pordenonese Anatomia patologica*

L'IRCCS CRO di Aviano viene individuato come azienda coordinatrice di questa funzione per l'intera area vasta. Dovranno essere attivate le necessarie integrazioni con le attività svolte presso l'AOPN individuando anche le possibili differenziazioni delle attività nelle diverse sedi. Dovranno essere garantite le funzioni programmate presso gli ospedali inseriti nelle ASS in relazione alla complessità delle attività svolte.

#### *AVPN Otorinolaringoiatria*

Viene individuata come Azienda coordinatrice della funzione l'AOPN che dovrà definire in accordo con l'ASS6 la tipologia delle attività da erogare presso la sede di San Vito definendo le necessarie relazioni al fine di assicurare la continuità assistenziale.

#### *AVPN Nefrologia ed emodialisi*

Viene individuata come azienda titolare della funzione l'AOPN che nel triennio dovrà garantire l'erogazione dell'attività dialitica nelle sedi dell'ASS6 attraverso la definizione di specifici accordi di area vasta.

#### *AVUD Oculistica*

L'Azienda ospedaliero universitaria di Udine, una volta costituita, viene individuata come azienda coordinatrice della funzione di oculistica per l'intera area vasta e questa dovrà innanzitutto attivare un processo di riorganizzazione interna al fine di integrare o differenziare le attuali duplicazioni. Nel triennio viene mantenuta l'attività chirurgica ambulatoriale svolta attualmente nella sede di Palmanova. Non sono previste modifiche rispetto alla collaborazione già in atto con l'ASS3.

*Day surgery, day hospital e trasferimento in regime ambulatoriale di attività svolte in regime di ricovero*

Senza considerare le problematiche relative al finanziamento che, nel prossimo triennio, come descritto in altra parte del documento, finanzia gli ospedali pubblici per un costo fisso (legato alla struttura) e per un costo variabile (legato all'attività valorizzata con un DRG che remunera solo i costi variabili), si evidenzia la necessità di sviluppare a livello regionale, di area vasta e di azienda, di politiche per la gestione delle degenze da un giorno che prevedono:

- il miglioramento dei percorsi di accesso per il paziente riducendo al minimo il numero dei contatti
- la garanzia della sicurezza delle prestazioni prevedendo adeguati meccanismi di controllo del periodo post operatorio e di gestione del rischio
- la definizione, secondo criteri omogenei a livello regionale, delle patologie che in determinate condizioni possono essere trattate con degenza di un giorno o in forma ambulatoriale
- la riorganizzazione interna delle strutture che gestiscono l'attività di un giorno sia in termini di sale operatorie, osservazione post operatoria, ambulatori e degenze temporanee e privilegiando
  - l'interdisciplinarietà delle aree logistiche di gestione,
  - la valorizzazione delle professioni infermieristiche anche per quanto riguarda la responsabilità di gestione dell'assistenza al paziente,
  - il riconoscimento della funzione di riferimento dei clinici per quanto riguarda la diagnosi e la terapia
  - il riferimento all'organizzazione dipartimentale della responsabilità della gestione complessiva della funzione.

## **Le linee di indirizzo per l'area vasta**

Oltre alle azioni prioritarie appena descritte le aziende potranno sviluppare, secondo valutazioni interne e di area vasta, ulteriori interventi per mettere in relazione i nodi della rete ospedaliera su specifiche funzioni.

La programmazione regionale individua le seguenti linee di indirizzo.

*Oncologia e chirurgia oncologica:* definire relazioni di area vasta per assicurare equiaccessibilità a livello regionale per le principali neoplasie (polmonari, mammarie e del colon retto). Dovranno essere assicurati interventi coordinati di diagnosi precoce, di stadiazione, di rispetto dei tempi di attesa tra diagnosi istologica e citologica e intervento chirurgico o inizio della chemioterapia. Anche per i casi seguiti negli ospedali inseriti nelle ASS dovrà essere garantita l'erogazione di una chirurgia oncologica qualificata, impostata secondo protocolli condivisi di area vasta e dovrà essere garantito l'accesso alla radioterapia, alla chirurgia ricostruttiva, alla medicina nucleare ed alle terapie innovative.

Sarà compito del centro che prende in cura il paziente predisporre questo percorso e non far gravare sul paziente la responsabilità della ricerca del nuovo centro in cui completare la cura. I centri dovranno definire protocolli condivisi per il follow up e per la chemioterapia ed in particolare per la selezione dei trattamenti con farmaci costosi secondo protocolli comuni nell'ambito di un coordinamento regionale.

*Cardiologia e Cardiochirurgia:* l'obiettivo è di coordinare il trattamento dell'ischemia miocardica acuta secondo protocolli che consentano l'accesso alla cardiologia interventistica ed alla cardiocirurgia in modo che, in qualunque sede ospedaliera avvenga l'accesso nella fase iniziale, il sistema sia in grado di avviare il paziente in tempi brevi e predeterminati al centro di riferimento per il trattamento. Questo significa che vengono definiti protocolli condivisi per la diagnosi e l'indicazione alla terapia invasiva tra le cardiologie ed i Pronto soccorso inseriti nelle ASS e le cardiologie di riferimento regionale. Queste ultime dovranno definire percorsi o protocolli di dimissione precoce con appoggio all'ospedale di riferimento (cardiologia, medicina o riabilitazione) per il prosieguo delle cure o la dimissione definitiva.

*Ortopedia e traumatologia:* questa funzione si caratterizza per il più elevato tasso di mobilità intra ed extraregionale. Spesso, nelle aziende inserite nelle ASS gli interventi ortopedici sono il primo DRG di attrazione per gli ospedali ed anche il primo DRG di mobilità passiva per il territorio. L'attività negli ultimi anni è consistentemente aumentata e, in diverse sedi, sono presenti tempi di attesa lunghi per l'intervento di protesi d'anca. Sussistono inoltre criticità per l'accesso in condizioni di emergenza (di solito demandate alle Aziende ospedaliere), rispetto alle funzioni in elezione. L'obiettivo di area vasta e dei professionisti è di analizzare il bisogno, definire protocolli per il trattamento delle condizioni in urgenza ed in elezione, di differenziare l'attività in base alle valutazioni del fabbisogno e di ridistribuire a livello di area vasta i tempi di attesa prevedendo adeguati percorsi di accesso. Nell'ambito degli accordi di area vasta è necessario che ogni Azienda si assuma l'impegno di erogare predefinite attività ortopediche sia come volumi che come tipologia. Questo vale in particolare per la traumatologia in urgenza su cui potranno costituirsi relazioni tra centri di primo livello che operano per quanto di competenza ed i centri di secondo livello che fungono da riferimento per quelli di primo livello (es. per tipologia di intervento o per garanzia della funzione sulle 24 ore). L'Azienda ospedaliero universitaria di Udine dovrà garantire per l'intera regione l'accessibilità sulle 24 ore e la risposta ai bisogni multispecialistici del trauma grave quali: l'elisoccorso, il pronto soccorso/medicina d'urgenza, la terapia intensiva, l'attivazione della strumentazione diagnostica avanzata (TAC, RMN, radiologia interventistica in tutti i distretti corporei), il laboratorio d'urgenza e la medicina trasfusionale, la presenza di: anestesista-rianimatore, chirurgo generale, ortopedico, radiologo, nonché della funzione di neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia maxillo facciale, unità spinale ecc., inoltre, dovrà essere garantita la possibilità di attivare contemporaneamente almeno due sale operatorie per le emergenze, il prelievo di organi ed il collegamento con il centro trapianti.

Tale organizzazione configura un riferimento costante e certo per la rete regionale dell'emergenza per i traumi di particolare complessità e gravità senza pregiudicare la normale presa in carico dei traumatismi appropriatamente gestibili da parte della rete ospedaliera regionale né limita la presa in carico di traumi complessi di interesse multispecialistico attualmente gestiti dall'AOU di Trieste. In questo senso le strutture per l'emergenza delle aziende ospedaliero universitarie di Trieste e di Udine dovranno definire relazioni e protocolli per il trattamento appropriato dei traumi complessi.

*Aree di emergenza e terapie intensive:* l'attuale livello di offerta delle Aree di emergenza (Tolmezzo/Gemona, San Daniele, Palmanova, Latisana, San Vito, Maniago/Spilimbergo) e di terapie intensive (Trieste, Monfalcone, Gorizia, Udine, Pordenone) è strutturato in

diverse aziende, gestito da figure professionali eterogenee (Pronto soccorso, Medicina d'urgenza, Anestesia e rianimazione, Cardiologia/UCIC) ed è articolato su livelli di intensità di cura molto diversi (dalla semplice stabilizzazione o monitoraggio in alcuni ospedali periferici, alla gestione dei pazienti con insufficienza multiorganica critica in altri). A livello locale spesso si verificano situazioni di squilibrio tra domanda ed offerta che potrebbero essere il segnale di una carenza di posti letto. Si deve segnalare, però, che le situazioni di transitorio aumento della domanda non sempre riescono ad essere gestite con una redistribuzione della casistica per intensità di cura nei diversi centri e servizi a causa di carenze in strutture strategiche di accoglimento (medicina, post acuzie, stati vegetativi, RSA). Inoltre, il sistema non è completamente in rete, non sono state definite precise relazioni tra i diversi centri della Regione, né sono state programmate a livello di sistema le modalità di risposta per i momenti di aumento della domanda. Pertanto, le azioni prioritarie per il prossimo triennio sono, da un lato la rivalutazione dei bisogni locali e complessivi di area vasta e l'eventuale adeguamento dei programmi di opere edilizie in funzione dell'offerta programmata e dall'altro lo sviluppo di relazioni e di interdipendenza tra gli ospedali a livello regionale e di area vasta attraverso l'adozione di protocolli che definiscano, in funzione dei bisogni, la sede più adatta per il trattamento dei pazienti e le modalità per affrontare i momenti di criticità.

Per favorire queste modifiche organizzative nel triennio dovranno essere adottati modelli gestionali omogenei a livello regionale per le Aree di emergenza che prevedano:

- 1) l'integrazione delle figure professionali coinvolte (Pronto soccorso/Medicina d'urgenza, Anestesia e rianimazione) con posti letto per la gestione dei pazienti critici attribuiti alle singole SOC in numero adeguato alle necessità contingenti delle Aziende nel rispetto delle competenze e delle caratteristiche professionali che derivano dai percorsi formativi specifici previsti, dall'operatività nel settore, dal costante aggiornamento e dalla verifica del mantenimento dei requisiti professionali acquisiti. L'area di emergenza degli ospedali di rete si configura quindi come "contenitore ad alta tecnologia" strutturalmente identificato per la funzione di trattamento del paziente critico;

- 2) il coinvolgimento delle altre attività specialistiche per i settori di competenza (cardiologia, medicina, chirurgia ecc.);

- 3) la predisposizione di programmi di formazione e di rotazione degli specialisti nelle diverse sedi per le competenze ed i settori di pertinenza.

#### *Altre indicazioni*

Rispetto alla gestione dell'ictus si ribadiscono le disposizioni del Piano regionale della Riabilitazione che prevedono che in ogni ospedale per acuti sia garantita la presenza di una funzione di assistenza organizzata per soggetti con ictus e che siano definiti protocolli tra Aziende ospedaliere ed ospedaliero universitarie ed Aziende territoriali per la gestione dei casi complessi e l'accesso rapido alle Stroke unit dei pazienti che richiedono interventi di elevata complessità.

Il modello di governo di funzione a livello di area vasta appena descritto vuole costituire indicazione per un percorso metodologico che può essere esteso ad altre funzioni ospedaliere, dal momento che nell'area vasta potranno essere definiti programmi di razionalizzazione, in base alle valutazioni locali, per risolvere criticità o di carenza di risposte.

L'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste è impegnata nel triennio ad attivare la funzione di medicina molecolare.

## **Le schede di ospedale per funzione (documento in allegato)**

Le schede contenute nel documento allegato definiscono per ciascun ospedale la funzione erogata come già indicato nel PIMT 2000-2002. L'elenco delle funzioni considerate tiene conto delle modifiche avvenute nel corso della programmazione regionale degli ultimi anni.

Per le funzioni con degenza non vengono indicati il numero di posti letto in quanto la dimensione organizzativa di questo elemento avviene nei dipartimenti aziendali e la dimensione quantitativa di questo aspetto è delegata all'autonomia delle aziende che operano in base al bisogno, alla propria organizzazione interna e di area vasta. La modalità organizzativa (SOC, SOS, SOS dipartimentale, incarico professionale) e la assegnazione dipartimentale è definita dalle aziende in ragione del documento "Principi e criteri per la adozione dell'atto aziendale" ed approvata dalla programmazione regionale nell'ambito della verifica di congruità dell'atto aziendale stesso e nell'ambito delle autorizzazioni alla copertura dei posti vacanti.

Nell'elenco delle funzioni di ciascun ospedale vengono considerate le funzioni della programmazione regionale (in riferimento al primo e secondo Piano di intervento a medio termine) e tra queste possono essere identificate le SOC e SOS aziendali secondo i criteri appena citati. Nell'ambito dell'autonomia aziendale, potranno essere individuate ulteriori SOS ed incarichi professionali, con differenziate graduazioni di posizione, in grado di rappresentare adeguatamente l'organizzazione complessiva che l'Azienda intende configurare e che sarà rappresentata nell'Atto aziendale inviato alla Regione.

Le schede riportano interventi vincolanti da attuare nel triennio 2006-08 e indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento. Questi elementi sono riportati in due diverse colonne per le funzioni interessate e costituiscono elemento di base per la programmazione aziendale e di area vasta nonché punto di partenza per il monitoraggio dell'attuazione del Piano.

## **I rapporti tra Regione ed Università**

La collaborazione tra Regione ed Università ha già registrato nel tempo tappe significative, in particolare nel 1998 è stato sottoscritto il Protocollo d'intesa con l'Università di Trieste e nel 1999 con quella di Udine. Successivamente, nel 2004 è stata sottoscritta l'intesa preliminare per la costituzione dell'Azienda ospedaliero universitaria di Trieste (regolarmente costituita successivamente) e nel Luglio 2005 è stata sottoscritta l'intesa preliminare per la istituzione dell'Azienda ospedaliero universitaria di Udine, costituita a partire dall'Azienda ospedaliera di Udine ed il Policlinico universitario a gestione diretta che è diventata realtà nel 2006.

Nel corso del 2005 sono state costituite le commissioni paritetiche per la redazione dei nuovi protocolli d'intesa per l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende ospedaliero universitarie di Udine e di Trieste. Queste hanno prodotto protocolli che sono attualmente al vaglio degli organi competenti per la successiva e definitiva approvazione e, indubbiamente, rappresentano parte integrante della programmazione sanitaria per il prossimo triennio.

Questi protocolli disciplinano in modo innovativo i rapporti tra Regione ed Università con riferimento all'organizzazione ed al funzionamento delle aziende ospedaliero universitarie per assicurare l'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca. I principi su cui si sono fondati tali protocolli sono: il miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, il miglioramento della qualità dei processi formativi, lo sviluppo delle conoscenze biomediche e della innovazione tecnologica,

nonché la paritaria valorizzazione delle funzioni e delle attività del personale ospedaliero e del personale universitario.

Nell'ambito dei rispettivi ordinamenti del Servizio sanitario regionale e dell'Università e delle esigenze di didattica e ricerca, dovranno essere perseguiti:

- l'eguaglianza dei diritti e doveri del personale universitario ed ospedaliero ai fini assistenziali
- l'applicazione di regole omogenee per la direzione delle strutture ospedaliere e di quelle universitarie in quanto a budget, obiettivi, misurazione dei risultati raggiunti, valutazioni sull'attività svolta
- la condivisione delle attività assistenziali per reparti omologhi a conduzione ospedaliera e per quelli a conduzione universitaria (es. accogliimento, guardie interdivisionali)
- l'individuazione di obiettivi assistenziali prioritari da perseguire sia per le strutture a conduzione ospedaliera che per quelle a conduzione universitaria (es. tempi di attesa, indicatori di performance)
- la definizione di protocolli per il governo clinico che siano concordati ed uniformi affinché tutta l'attività assistenziale sia orientata all'eccellenza delle prestazioni
- la preventiva definizione di specifiche esigenze di cura e di assistenza funzionali a particolari attività di ricerca e didattica in modo che siano uniformi a livello aziendale
- la definizione congiunta tra Regione ed Università delle politiche e dei programmi di ricerca dell'Azienda ospedaliero universitaria con il coinvolgimento sia del personale universitario che di quello ospedaliero
- la possibilità di svolgere l'attività assistenziale funzionale alla didattica su tutta la casistica dell'ospedale e nei diversi livelli di complessità, patologia e organizzazione assistenziale (es. terapia intensiva, *day hospital*) a prescindere dal fatto che la conduzione della struttura sia ospedaliera o universitaria, utilizzando, oltre ai professori universitari preposti, anche le competenze di contenuto specifiche dei medici ospedalieri
- l'attivazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali finalizzati, non solo al perseguimento di quanto sopra indicato, ma anche al conseguimento di economie nell'utilizzo degli spazi, delle attrezzature, del personale di assistenza e del consumo di beni e servizi.

Nell'ambito dei rispettivi protocolli Regione/Università le Aziende ospedaliero universitarie partecipano ai programmi di area vasta per attuare le previsioni della programmazione regionale in tema di Aziende titolari, Aziende coordinatrici e di Dipartimenti e si organizzano al loro interno per quanto riguarda l'erogazione di attività in altre Aziende e l'integrazione con gli IRCCS. Esse partecipano, inoltre, al coordinamento regionale per le funzioni individuate.

## **IRCCS**

Per l'attuazione delle disposizioni della Legge nazionale del 2003 sul riordino degli IRCCS è stata emanata recentemente la Legge 14 del 10/08/06 "Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico <<Burlo Garofolo>> di Trieste e <<Centro di riferimento oncologico>> di Aviano" a cui si rimanda. L'obiettivo è di mantenere l'inserimento degli IRCCS nella rete di ricerca nazionale ed internazionale, utilizzare i risultati della ricerca in funzione degli obiettivi regionali e conseguire l'integrazione degli IRCCS con le strutture del Servizio sanitario regionale nei poli ospedalieri di Trieste (Burlo), Udine (IRCCS Nostra famiglia) e Pordenone (CRO) e quindi anche nell'ambito delle rispettive aree vaste. Questa integrazione è orientata innanzitutto a conseguire risultati di salute e qualità nelle cure

erogate attraverso la definizione di protocolli e di collaborazioni per la gestione delle patologie trattate in comune, ma anche per facilitare l'accesso ai servizi, garantire la continuità terapeutica, evitare duplicazioni o sovrapposizioni dei percorsi diagnostico terapeutici, garantendo la specificità degli IRCCS.

Nello sviluppare le funzioni di riferimento regionale assegnate dalla programmazione regionale nel Progetto obiettivo materno infantile, nel Piano regionale della riabilitazione e nel Piano regionale oncologico, gli IRCCS costituiscono un riferimento multidisciplinare per la cura delle malattie rare ed a maggiore complessità di trattamento e rappresentano al tempo stesso, con la loro attività di ricerca, un riferimento scientifico e culturale per le strutture del SSR.

La stretta correlazione tra l'attività di ricerca e l'attività di assistenza necessaria per il corretto sviluppo degli IRCCS implica la possibilità di prevedere particolari sperimentazioni organizzative delle strutture operative di assistenza rispondenti a requisiti organizzativi e dirigenziali non facilmente omologabili ad altre strutture ospedaliere.

Gli IRCCS sono inoltre inseriti a pieno titolo nell'area vasta. Per alcune funzioni essi costituiscono riferimento unico per l'area vasta e quindi devono rapportarsi con le Aziende ed i distretti, per altre funzioni, erogate anche da altre strutture ospedaliere o universitarie deve essere ricercata una integrazione ed una differenziazione a livello di area vasta.

Pertanto, nel definire e differenziare le funzioni assegnate a ciascuna struttura della rete ed suo ruolo nell'area vasta (Azienda titolare, azienda coordinatrice), la programmazione regionale riconosce agli IRCCS funzioni uniche regionali, funzioni erogate in maniera unica per l'area vasta e funzioni in cui gli IRCCS, pur mantenendo il ruolo di riferimento regionale su specifici segmenti, il ruolo di responsabilità e di gestione delle risorse assegnate, si configurano su livelli differenziati ed integrati di attività per l'area vasta. In questo senso gli IRCCS sviluppano nel triennio le relazioni di rete previste dalla programmazione regionale e partecipano alla programmazione decentrata di area vasta ed ai dipartimenti interaziendali assumendosi le conseguenti responsabilità attuative.

Nell'ambito dei poli ospedalieri, nei casi in cui le particolari condizioni locali lo consentono, dovranno essere sviluppate sinergie e integrazioni anche su aspetti gestionali (es. portineria, centralino, trasporti, servizi in genere) da definire con protocolli autonomi.

## **Ospedali e ambulatori privati già temporaneamente accreditati**

Nella programmazione regionale i soggetti privati che sono già temporaneamente accreditati, e che sono rappresentati da AIOP ed ANISAP, sono considerati pienamente integrati nella rete ospedaliera e territoriale esistente ed in quanto tali la loro attività deve venir presa in considerazione per singola funzione nell'ambito della programmazione complessiva dell'offerta, ospedaliera, ambulatoriale e territoriale.

### ***Situazione attuale e prospettive di sviluppo***

Attualmente, i soggetti privati che sono già temporaneamente accreditati risultano operativi nelle funzioni di ricovero per acuti e per riabilitazione, nella specialistica ambulatoriale e nell'attività di assistenza territoriale.

L'attuale politica dei budget rigidamente ripartiti per ASS, che ha scarsa attenzione alla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni, determina limitazioni nell'accesso dell'utenza, con discriminazioni tra i cittadini delle diverse ASS regionali e talvolta tempi di attesa superiori a quelli definiti dalle Linee per la gestione annuale con possibile chiusura anticipata di agende a causa dell'insufficienza dei tetti economici annualmente assegnati. Inoltre, l'assenza di strategie e di accordi pluriennali causa problematiche in termini di



continuità e coerenza nella programmazione delle singole strutture, con possibilità di stravolgimenti anche repentini nella formulazione delle commesse da parte delle varie ASS. E' necessario quindi che la programmazione e la pianificazione siano concordate a livello regionale, con un tetto unico entro il quale definire gli ambiti di spesa di ciascuna ASS, gli ambiti di attività per i diversi soggetti erogatori e gli opportuni strumenti per garantire la mobilità interaziendale ed il miglioramento dell'appropriatezza della domanda.

### *La strategia*

Anche i rapporti con i soggetti privati che attualmente sono già temporaneamente accreditati sono orientati agli obiettivi generali del sistema e cioè: il miglioramento dello stato di salute dei residenti, la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, il potenziamento dell'assistenza territoriale ed il migliore utilizzo delle risorse.

Gli erogatori privati che sono già temporaneamente accreditati sono coinvolti nella realizzazione di questa strategia e quindi fanno parte a pieno titolo della rete dell'offerta del servizio sanitario regionale organizzata per area vasta e per funzione. Ne consegue che essi concorrono alla erogazione delle prestazioni corrispondenti ai LEA, suddivisi per rete ospedaliera e funzioni, e adottano, al pari delle strutture pubbliche accreditate, gli indicatori di performance e gli stessi meccanismi di sanzioni-premio.

Nell'ambito degli accordi di area vasta e tramite rapporti diretti con le ASS, i soggetti erogatori privati che attualmente sono temporaneamente accreditati potranno acquisire ulteriori commesse con diversi mix prestazionali in relazione alle valutazioni effettuate a livello distrettuale ed aziendale rispetto ai bisogni, alla qualità delle prestazioni, ai percorsi di accesso, ai costi ed alle manovre di recupero di risorse che le ASS saranno in grado di conseguire in altri settori. Nel triennio 2006-2008 è prevista l'attivazione della degenza post acuzie ed il riconoscimento come attività di degenza della funzione di riabilitazione negli ospedali che ne sono privi. Rispetto a questo campo di espansione le ASS dovranno reperire le risorse necessarie attraverso la razionalizzazione delle degenze esistenti (la modificata attività degli ospedali ha liberato ampi spazi a favore dell'attività di day hospital ed ambulatoriale) o saranno finanziate in maniera specifica. Lo sviluppo di queste aree di degenza dovrà essere attentamente valutato dalle ASS rispetto ai costi di attivazione e di gestione, considerando, al fine di superare le criticità interne, la possibilità tecnica di affidare ai privati che sono già temporaneamente accreditati la gestione di segmenti di degenza in locali di proprietà delle aziende, previo ristoro delle spese, fermo restando il concetto che la definizione della strategia, il livello di offerta, gli standard assistenziali ed i controlli di qualità sono di esclusiva responsabilità del sistema pubblico.. In ogni caso dovranno essere previste adeguate forme di garanzia della qualità delle prestazioni ed il rispetto degli standard di erogazione dei servizi.

Rispetto al potenziamento dell'assistenza territoriale, sono previsti nel triennio 2006-2008 investimenti in nuove attività territoriali e domiciliari come il servizio infermieristico e riabilitativo domiciliare, le RSA, gli *Hospice*, ed i ricoveri per gli stati vegetativi. Lo sviluppo in queste aree sarà oggetto di finanziamenti aggiuntivi e di progetti specifici a livello regionale ed aziendale.

Premesso che la scelta di esternalizzare i servizi rappresenta una scelta tecnica, temporanea e non strategica rispetto al mandato del servizio sanitario pubblico che deve:

- a) garantire la qualità delle prestazioni attraverso opportuni controlli e verifiche
- b) evitare la precarizzazione del personale

e che le valutazioni devono tenere conto prevalentemente degli aspetti tecnico gestionali piuttosto che di quelli puramente economici, si prevede che lo sviluppo dell'offerta relativa ai punti precedenti dovrà essere di volta in volta oggetto di uno studio comparativo tra avvio e gestione in proprio da parte delle aziende rispetto all'affidamento, nelle diverse forme contrattuali, ai privati che sono già temporaneamente accreditati. Detta comparazione dovrà tener conto dei possibili e concreti vantaggi in termini di qualità, economicità, tempestività di intervento, nonché delle performance, in termini di efficacia ed efficienza, delle strutture individuate per la erogazione delle prestazioni. In tal senso, va considerata anche la possibile attivazione di forme di sperimentazione gestionale mista pubblico/privata. Le aziende assumono le autonome e motivate decisioni alla luce dei risultati ottenuti.

La commissione mista "Pubblico-Privato" di cui alle pagine seguenti è incaricata di sorvegliare costantemente l'applicazione di questa metodologia.

### *I livelli di intervento*

A livello regionale, vengono individuate le risorse economiche minime che per il tramite delle diverse ASS sono destinate ai singoli erogatori privati attualmente accreditati, rappresentati dalle associazioni AIOP ed ANISAP.

Tali risorse economiche costituiranno un unico budget su base regionale, nel cui contesto sono individuati gli ambiti di spesa indicativamente assegnati alle singole ASS per ogni singolo erogatore privato, ferma restando la possibilità di spostamenti di risorse tra ASS con conguaglio e compensazione finale annuale nell'ambito del tetto complessivo stabilito.

In base alle risorse disponibili nel triennio dovrà essere programmata l'attività in modo da non effettuare sfondamenti del tetto economico annuale assegnato.

Nel caso di superamento del budget è individuato un meccanismo di flessibilità con applicazione di regressioni tariffarie, così articolato:

#### *Abbattimenti tariffari per l'attività di ricovero*

- per il primo 5% del budget, abbattimento tariffario del 30%
- dal 5 al 10 % del budget, abbattimento tariffario del 50%
- sopra il 10% del budget, abbattimento tariffario del 100%

#### *Abbattimenti tariffari per l'attività ambulatoriale*

- per il primo 10% del budget, abbattimento tariffario del 30%
- dal 10 al 15 % del budget, abbattimento tariffario del 50%
- sopra il 15% del budget, abbattimento tariffario del 100%

Gli importi derivanti dalla regressione tariffaria non saranno oggetto di consolidamento nel budget per l'anno successivo.

Le ASS potranno individuare, nell'ambito dell'autonomia della gestione del proprio bilancio, ulteriori attività e conseguenti finanziamenti, da assegnare ai soggetti erogatori privati attualmente accreditati.

A livello di Area vasta, i LEA vengono erogati avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASS, delle aziende ospedaliere ed ospedaliero universitarie, dagli IRCCS, nonché dei privati che attualmente sono temporaneamente accreditati.

Questi ultimi, avvalendosi dell'apporto delle associazioni ANISAP ed AIOP, al pari degli erogatori pubblici accreditati, partecipano alle attività programmatiche dell'offerta di

Area Vasta, una volta definito il fabbisogno di prestazioni a livello aziendale e distrettuale, mediante la definizione di reti di connessione e di relazioni, che si traducono in accordi, protocolli, costituzione di dipartimenti e nella definizione dei volumi, della tipologia e della qualità delle prestazioni.

A livello di Azienda, momento finale della programmazione decentrata, dovrà avvenire la stipula di contratti triennali redatti secondo uno schema tipo che sarà successivamente definito al fine di garantire omogeneità di rapporti. Questo documento dovrà contenere gli elementi di programmazione delle attività (con sempre maggior attenzione verso i volumi, le prestazioni, la tipologia e la qualità dell'assistenza), regolare i rapporti amministrativi tra i soggetti pubblici e privati e prevedere i necessari meccanismi di controllo e garanzia del rispetto di budget, secondo quanto definito a livello regionale.

Su questa base i privati attualmente temporaneamente accreditati potranno procedere ad una programmazione triennale delle proprie attività prevedendo anche le necessarie riorganizzazioni e riconversioni in funzione dell'offerta e dell'attività programmate nell'ambito degli accordi in essere.

I contratti potranno essere integrati in qualsiasi momento in accordo tra le parti e regoleranno quantomeno la gestione delle risorse individuate dalla programmazione regionale ed assegnate alle ASS per le prestazioni erogate dai privati attualmente accreditati. Gli stessi contratti potranno riguardare anche la gestione di eventuali risorse aggiuntive che le ASS intenderanno impiegare per ulteriori prestazioni in relazione alle esigenze inerenti alla propria programmazione aziendale o a quella di Area Vasta.

A livello di Distretto, nell'ambito del nuovo ruolo di analisi dei bisogni, governo della domanda, programmazione delle modalità di risposta, autonomia gestionale e responsabilità dello stato di salute dei residenti, dovranno essere attivate le necessarie integrazioni con il livello Aziendale e di Area vasta affinché la programmazione che avviene in dette sedi, tenga conto prioritariamente delle esigenze e delle valutazioni effettuate dai distretti. In particolare, considerando che a livello distrettuale operano i MMG e PLS che sono i principali prescrittori di prestazioni ambulatoriali e di ricovero, dovranno essere messe in atto azioni di orientamento dell'utenza e di perseguimento dell'appropriatezza della domanda. A livello distrettuale dovrà anche essere gestito il rapporto con l'utenza per quanto riguarda i tempi di attesa, le priorità cliniche di accesso e la salvaguardia del principio di libera scelta del cittadino a cui deve essere garantito l'accesso alle prestazioni appropriate in base alle condizioni cliniche e l'esecuzione delle stesse nei tempi di attesa definiti dalla programmazione regionale, di area vasta e di azienda per le sedi erogatrici accreditate (pubbliche e private) dell'area vasta.

### *Tempi di attesa*

I criteri di accesso, in conformità a quanto previsto dalle Linee per la gestione del Servizio sanitario, di anno in anno emanate, dovranno tenere conto delle condizioni cliniche del paziente e non della ASS di residenza.

Su questo aspetto dovranno essere impegnate le ASS (che a livello distrettuale dovranno gestire queste criticità) ed i soggetti erogatori (che dovranno opportunamente programmare nel corso dei 12 mesi i livelli mensili di attività, tenendo conto delle risorse disponibili). In particolare, per l'attività ambulatoriale dovranno essere progressivamente sviluppate modalità di prenotazione in comune (pubblico e privato accreditato e libera professione) attraverso il CUP.

Si prevede che il privato che attualmente è già temporaneamente accreditato sia parte integrante dell'offerta del CUP unico regionale che sarà sviluppato nel triennio 2006-

08 in quanto fa parte dell'offerta complessiva regionale programmata per dare risposta alla domanda.

### *Commissione mista Pubblico-Privato*

E' prevista la costituzione di una Commissione regionale (ARS, AIOP, ANISAP, rappresentanti delle ASS) con compiti di monitoraggio periodico per cogliere precocemente le criticità di domanda e di offerta che dovessero insorgere, per garantire la compatibilità economica del sistema, per rimuovere gli eventuali ostacoli che dovessero rallentare gli interventi previsti nel triennio 2006-2008 e per sorvegliare l'applicazione della metodologia definita per l'ampliamento dell'offerta, di cui al precedente punto "La strategia". A tale fine si ritiene necessario effettuare incontri con cadenza perlomeno bimestrale o, in casi particolari, su semplice richiesta di una sola delle parti.

Questa sede sarà anche la sola deputata ad affrontare e risolvere situazioni di non conformità, mancati accordi, rispetto degli accordi generali, criticità locali (verifiche su prestazioni, codifiche, appropriatezza, ecc...), che dovessero altresì emergere.

### *La crescita di attività*

Analogamente a quanto previsto per gli ospedali pubblici regionali, si prevede nel triennio 2006-2008 una quota di crescita dell'attività e della complessità delle prestazioni erogate dai soggetti privati attualmente temporaneamente accreditati con un corrispettivo economico per il prossimo triennio pari al 3% annuo al netto delle variazioni tariffarie che saranno previste dalla programmazione regionale.

## CAPITOLO 8 GLI INVESTIMENTI

INDIRIZZI GENERALI

INVESTIMENTI DI RILIEVO REGIONALE: IL PROGRAMMA DELLE OPERE EDILIZIE

INVESTIMENTI DI RILIEVO REGIONALE: LE TECNOLOGIE

INVESTIMENTI DI RILIEVO AZIENDALE

LE RISORSE

### Indirizzi generali

Si sintetizzano di seguito le aree di investimento alle quali destinare prioritariamente le risorse sia regionali che aziendali:

- Rinnovo della struttura ospedaliera per acuti con l'avvio e/o il completamento delle opere già in parte realizzate nei grandi ospedali, nei poli ospedalieri e negli ospedali di rete sulla base del riferimento normativo statale e regionale in materia di accreditamento e dei più recenti indirizzi funzionali, distributivi e di qualità alberghiera.
- Sviluppo delle strutture per le attività territoriali:
  - sedi distrettuali;
  - strutture per l'assistenza intermedia e post-acuzie (residenziale e non) in accordo con il piano della riabilitazione;
  - sedi per attività ambulatoriale, diagnostica di 1° livello e per la Medicina generale.
- Perseguimento di un livello di dotazione tecnologica conforme alle funzioni e alle caratteristiche delle strutture ospedaliere, residenziali e territoriali;
- Sviluppo delle tecnologie di comunicazione e integrazione informativa facilitanti l'accesso del cittadino alla rete di offerta e la continuità delle cure.

Di seguito sono illustrati i programmi e le aree di investimento di rilievo regionale ed aziendale.

### Investimenti di rilievo regionale: il programma delle opere edilizie

Si elencano di seguito gli interventi previsti dal programma con l'indicazione del livello di avanzamento previsto nel prossimo triennio:

A.O.U.Ts IRCCS Burlo	Comprensorio di Cattinara	Riordino della rete ospedaliera triestina: Avvio e prosecuzione delle opere relative all'adeguamento logistico del comprensorio (parcheggi, viabilità, impianti) e alla nuova sede dell'IRCCS; Attivazione dell'Anatomia Patologica e delle aule didattiche; Completamento della ristrutturazione della piastra operatoria dell'osp. di Cattinara; progettazione degli interventi di adeguamento dei piani Terra e 1° della piastra.
----------------------------	------------------------------	--

A.O.U.Ts	Comprensorio Osp. Maggiore	Riordino della rete ospedaliera triestina: Ultimazione dei lavori nelle aree destinate al distretto 2 e al S.P.D.C. Avvio e prosecuzione dei lavori di I° fase della ristrutturazione (emilato p.za Ospedale, via Slataper) e polo tecnologico
A.O.U. Ud	Polo ospedaliero udinese	Completamento ed attivazione del I° e II° lotto del nuovo ospedale, centrale impiantistica e laboratori, gallerie di collegamento Attivazione dell'area di attività san. dell'IRCCS Nostra Famiglia Attivazione dell'edificio CT-PET ( <i>società CT-PET</i> ) Progettazione ed avvio del III° lotto Proseguimento degli interventi di ristrutturazione (pad. Nuove Mediche, pad. Petracco, etc...) Attivazione della nuova sede della Neonatologia (pad. Petracco)
A.O. Pn	Osp. di Pordenone	Completamento delle opere propedeutiche (park est., SPDC, etc...) Avvio e prosecuzione dei lavori del I° lotto (nuovo edificio degenze e servizi sanitari)
IRCCS CRO di Aviano	Osp. C.R.O.	Avvio e prosecuzione delle opere di ampliamento, ristrutturazione e adeguamento normativo
A.S.S.n.1	Riordino logistico	Sedi distrettuali: attivazione del distretto 2 nel comprensorio dell'osp. Maggiore; avvio delle opere nella sede di via Carpineto Comprensorio di S.Giovanni: prosecuzione degli interventi relativi al Dip. Dipendenze, Dip. Salute mentale, sede amministrativa
A.S.S.n.2	Osp. S.Giovanni di Dio	Completamento delle opere e attivazione della nuova sede ospedaliera
	Sede direz. (Go)	Ultimazione dei lavori
	Sede S.Polo di M.	Avvio degli interventi di adeguamento normativo della piastra
A.S.S.n.3	Osp. di Tolmezzo	Ristrutturazione e accreditamento della struttura: Avvio e prosecuzione dei lavori di III° lotto (area materno-infantile, degenze lato ovest, adeguamento strutturale)
A.S.S.n.4	Osp. S.Daniele	Ristrutturazione e accreditamento della struttura: Avvio e prosecuzione dei lavori del I° lotto (nuova sede ambulatoriale e laboratori); progettazione dei lotti successivi
	IMFR Gervasutta	Ristrutturazione e accreditamento della struttura: Attivazione del I° lotto ultimato Progettazione e avvio delle opere del II° lotto
	Comprensorio di Cividale	Attivazione della sede distrettuale (pad. di levante) Attivazione dell'Hospice Avvio ( <i>in accordo con A.O. Ud</i> ) dell'intervento di adeguamento normativo e distributivo del pad. centrale (dialisi, diagnostica, day surgery, pronto soccorso, area residenziale)

	Hospice Ud	Attivazione dell'Hospice ( <i>Fond. Morpurgo Hoffmann</i> )
A.S.S.n.5	Osp. di Latisana	Ristrutturazione e accreditamento della struttura: Attivazione dell'Hospice e della nuova RSA Avvio e Prosecuzione delle opere relative al II° e III° lotto Progettazione def./esecutiva delle opere restanti (degenze, etc..)
	Sede di S.Giorgio di N.	Attivazione del poliambulatorio
A.S.S.n.6	Osp. S. Vito	Ristrutturazione e accreditamento della struttura: Attivazione dell'Hospice Completamento del II° lotto (area endoscopica, etc...); progettazione ed avvio del III° lotto
	Cittadella della Salute (Pn)	Avvio e prosecuzione dei lavori

Per quanto attiene la definizione delle modalità di realizzazione e finanziamento, nonché per il coordinamento delle fasi progettuali delle opere sopraelencate si applicano le procedure già previste con deliberazione G.R. n. 1531/04 avente per oggetto la "Gestione delle commesse di progettazione e realizzazione delle opere di edilizia ospedaliera e sanitaria di rilievo regionale".

### **Investimenti di rilievo regionale: le tecnologie**

La dotazione strumentale del S.S.R. dovrà tener conto:

- dell' innovazione dei processi sanitari, dei protocolli clinici e delle tecnologie;
- degli indirizzi di sviluppo del S.S.R. (rete ospedaliera, residenzialità post-acuta, riabilitazione, sviluppo del ruolo territoriale, accesso alle prestazioni, continuità della cura)
- della articolazione programmata dei ruoli e delle funzioni sia a livello delle strutture ospedaliere che delle strutture territoriali;
- delle esigenze di attrezzaggio ed arredo delle strutture nuove e/o ristrutturate;
- del mantenimento in sicurezza ed efficienza del patrimonio tecnologico esistente.

Nel corso del triennio si dovranno inoltre prevedere gli investimenti necessari per lo sviluppo di progetti regionali di sistema e per il rinnovo degli stessi (rete radiomobile 118, etc...).

Il governo della spinta tecnologica e del livello di investimento necessario (negli ultimi anni attestato a ca. 40 milioni annui per tecnologie ed arredi, pari a ca. 54.000 euro/p.l.) può essere attuato mediante la definizione di standard di dotazione e di livello prestazionale, la condivisione di protocolli clinici di utilizzo, la verifica dei processi programmatori e gestionali.

Dovranno pertanto essere verificate ed adeguate le modalità di gestione delle tecnologie (programmazione aziendale, acquisto, manutenzione, modalità e livelli di utilizzo) e consolidati i processi regionali, in parte già in atto, di valutazione tecnologica (*Technology Assessment*), di programmazione / autorizzazione e di validazione / condivisione degli esiti dell'innovazione.

## **Investimenti di rilievo aziendale**

L'investimento programmato a livello aziendale, che negli anni si è attestato a ca. 30 milioni annui, riguarda usualmente:

- le manutenzioni straordinarie, l'adeguamento normativo e le ristrutturazioni meno pesanti delle strutture in uso;
- il rinnovo del patrimonio strumentale esistente e degli arredi .

La programmazione aziendale dovrà comunque essere conforme agli indirizzi generali di investimento ed essere accordata con la programmazione e attuazione degli investimenti delle opere e delle tecnologie di rilievo regionale.

Le A.S.S. dovranno inoltre dare risposta in via prioritaria allo sviluppo dell'offerta territoriale, con particolare riguardo alle sedi necessarie per le attività ambulatoriali, di diagnostica di 1° livello e per l'aggregazione dei M.M.G..

## **Le risorse**

- Le modalità di finanziamento sono contenute nella DGR: 901 N. del 5 maggio 2006



## CAPITOLO 9 LE RISORSE

I NUOVI CRITERI DI RIPARTO

*AZIENDE TERRITORIALI*

*AZIENDE OSPEDALIERE ED OSPEDALI INSERITI NELLE AZIENDE TERRITORIALI*

IL FABBISOGNO FINANZIARIO PER IL TRIENNIO, L'ALLOCAZIONE ED IL RECUPERO DI RISORSE

### I nuovi criteri di riparto

Il nuovo sistema di riparto del finanziamento regionale alle aziende introduce nel triennio elementi aggiuntivi rispetto al passato al fine di rappresentare meglio i bisogni della popolazione e premiare gli interventi sulla qualità ed appropriatezza dell'assistenza erogata.

Sono individuati due tipi di destinatari del finanziamento: le aziende territoriali alle quali il sistema riconosce una predominante responsabilità di tutela della salute e gli ospedali, siano essi Azienda ospedaliera, ospedaliero universitaria, IRCCS o siano essi inseriti nelle aziende sanitarie territoriali. A queste strutture vengono assegnati obiettivi di produzione ed erogazione di prestazioni. La natura diversa dei soggetti destinatari del finanziamento, impone un approccio diversificato per le Aziende territoriali e per gli Ospedali: nel primo caso la ripartizione del finanziamento è basata sullo stato di salute della popolazione e tiene conto dei risultati di salute ottenuti dall'azienda, nel secondo la remunerazione delle attività è basata sui costi di struttura e tiene conto della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Per le Aziende territoriali viene definita una quota capitaria pesata per:

- caratteristiche di salute della popolazione (es. disabilità, cronicità, ecc.)
- caratteristiche socioeconomiche della popolazione
- caratteristiche del territorio
- risultati di salute (*performance*).

Per gli Ospedali viene calcolata una remunerazione per:

- costi variabili standardizzati
- costi fissi standardizzati
- qualità della *performance*.

### *Aziende Territoriali*

Il finanziamento delle Azienda territoriali tiene conto delle esigenze di salute della popolazione residente, dei vincoli ambientali che possono ostacolare la soddisfazione di queste esigenze e della capacità dell'Azienda di sviluppare la sua capacità di tutela della salute.

In questa prospettiva viene definito un finanziamento per quota capitaria che tiene conto del peso di alcune caratteristiche della popolazione e del territorio e questo viene modulato sulla base di indicatori di "*performance*" dell'Azienda.

La costruzione del finanziamento avviene secondo il seguente approccio:

-stima di un costo atteso per residente per distretto calcolato attraverso un modello statistico di regressione che utilizza il costo osservato come variabile dipendente e considera le esigenze di salute della popolazione residente come determinanti della spesa

-definizione e calcolo di un coefficiente di modulazione del finanziamento su indicatori di *performance*.

Questo approccio definisce un finanziamento teorico per azienda rispettoso delle risorse effettivamente disponibili ed è in grado di ripartirle in base alle esigenze della popolazione dopo avere ammesso per tutte le aziende lo stesso livello di efficienza operativa e avere quindi penalizzato quelle aziende che a parità di esigenze di salute sostengano costi più elevati.

Per evitare il rischio che una simile definizione del finanziamento privilegi le aziende nelle quali ad un livello elevato di bisogno non corrisponde un pari livello di risposte assistenziali, è stato necessario introdurre un fattore di correzione basato sulla *performance* aziendale. Una limitata parte del finanziamento assegnato alle aziende terrà conto dei risultati raggiunti in termini di miglioramento dello stato di salute al fine di sensibilizzare ed orientare l'utilizzo delle risorse verso criteri di efficienza ed efficacia. In altri termini, il finanziamento è tanto più grande quanto maggiore è il bisogno e quanto maggiore è la capacità dell'azienda di fornire a questo bisogno una risposta efficace.

### *Aziende ospedaliere ed ospedali inseriti nelle aziende territoriali*

La remunerazione di un ospedale viene considerata come la sommatoria di due componenti fondamentali: una prima componente rimborsa i costi variabili legati all'attività ed una seconda componente rappresenta i costi fissi generati dalle caratteristiche della struttura.

A differenza di quanto avviene per le aziende territoriali, si considera dunque l'ospedale come un produttore di prestazioni ma si riconoscono all'ospedale una serie di costi legati alle caratteristiche della struttura che non dipendono, se non in misura marginale, dalle scelte del "*management*" e sono, al contrario, il risultato di scelte di investimento decise dalla programmazione regionale. A garanzia dell'equità del sistema è stato definito uno standard per i costi variabili ed uno per i costi fissi. In questo modo è possibile remunerare in modo identico ospedali con analoga attività e analoghe caratteristiche strutturali.

Per ciascuna prestazione tariffata è stato definito uno standard del costo variabile facendolo corrispondere ad una specifica quota della tariffa. Questa quota dipende della specifica prestazione che viene erogata. Ad esempio, secondo gli studi condotti prima dell'introduzione del DRG, nel caso della protesi d'anca quasi il 75% della tariffa è riferibile ad un costo variabile, prestazione specifico, mentre nel caso del ricovero per lombosciatalgia, questa quota scende ad appena il 10% della tariffa. Più complessa risulta al contrario la stima del costo fisso standardizzato. L'approccio seguito ha utilizzato un modello di regressione statistica per generare una stima del costo fisso atteso a partire dal costo fisso osservato.

E' stato introdotto anche un meccanismo di modulazione che premia la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni effettuate. Un simile meccanismo di modulazione si basa sulla definizione di indicatori di "*performance*" in grado di generare con cadenza trimestrale un coefficiente di penalizzazione della remunerazione riconosciuta sui costi variabili delle prestazioni effettuate.

Questo coefficiente determina la remunerazione piena dei costi variabili se vengono rispettati gli standard di *performance* previsti e un abbattimento della remunerazione in caso di mancato rispetto degli standard. Se, per esempio, un ospedale cercasse di

aumentare i suoi ricavi aumentando la erogazione di interventi di cataratta in ricovero ordinario vedrebbe penalizzata la remunerazione di tutte le prestazioni effettuate.

## **Il fabbisogno finanziario per il triennio, l'allocazione ed il recupero di risorse**

Come punto di partenza per i conteggi economici e le simulazioni viene considerato il valore di 1.748.995.000 € che in base alle Linee per la gestione del SSR nel 2005 è stato assegnato alle aziende sanitarie regionali. Tale quota non tiene conto delle rettifiche che sono in corso nel 2005 a fronte dell'aumento dei costi per il rinnovo contrattuale, dell'aumento della TUC e di alcuni sviluppi programmati nel corso dell'anno. Il valore non considera nemmeno i costi di gestione dell'ARS, del CSC e delle spese sovraziendali (es. elisoccorso, INSIEL, progetti obiettivo, mammografia ecc.) che hanno portato il FSR nel 2005 ad un importo complessivo iniziale pari a 1.813.000.000 €. La scelta di non considerare questi valori corrisponde alle scelte della programmazione triennale che non modifica queste attività escluse dal computo e su cui non si prevedono significative variazioni.

La distribuzione di risorse tra ospedale e territorio attraverso i criteri attualmente seguiti, come risulta nella relazione sulla gestione del SSR nel 2003 (ultimo dato pubblicato), risulta essere del 43% per il territorio e del 57% per l'ospedale. L'importo iniziale di 1.748.995.000 € viene pertanto scomposto in 752.067.850 € per il territorio e in 996.927.150 € per l'ospedale. La scelta strategica regionale, rispetto alla quantificazione delle risorse per la realizzazione dei programmi di espansione territoriale, del possibile recupero grazie alle azioni di riorganizzazione ospedaliera, della necessità di assicurare comunque la possibilità di una crescita in alcuni specifici settori dell'assistenza ospedaliera e dei previsti risparmi operati dal CSC, è di programmare una crescita dell'assistenza territoriale del 7,1% ed una crescita per l'ospedale pari al 3,1%. Queste previsioni sono compatibili con un incremento del costo del rinnovo dei contratti del personale con contratto di lavoro pubblico pari al 3,1% annuo nel triennio. In caso di incrementi contrattuali maggiori, sarà necessario un intervento finanziario aggiuntivo per poter realizzare compiutamente il programma.

Applicando le percentuali di crescita stabilite si registra per il territorio un incremento triennale netto (senza le maggiorazioni per inflazione, contratti ecc.) di 96.348.857 €, incremento da utilizzarsi per realizzare nel triennio le azioni programmate nell'area della prevenzione, del distretto, della salute mentale, delle dipendenze e dell'ambulatoriale. Tenendo conto che i costi dell'assistenza ospedaliera sono cresciuti negli ultimi anni di oltre il 7% (considerando anche gli sviluppi strutturali realizzati), l'incremento previsto nel triennio per l'assistenza ospedaliera pari a 95.618.065 € (comprensivo dell'inflazione, contratti ecc.) non consente il mantenimento del ritmo di crescita avvenuto negli ultimi anni.

In questo senso sono previste negli ospedali azioni prioritarie di razionalizzazione che devono essere realizzate nell'ambito delle aree vaste per il laboratorio analisi, la microbiologia, la medicina trasfusionale e l'anatomia patologica, che consentono di reperire ulteriori risorse da destinare agli sviluppi dell'area ospedaliera. Sulla precisa determinazione degli effettivi margini di recupero economico saranno impegnati i Direttori generali che, nell'ambito della programmazione annuale e della relativa negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità, dovranno definire nel dettaglio i valori economici e le diverse tipologie delle manovre di rientro programmate; essi potranno anche evidenziare ulteriori possibili manovre di riconversione (anche strutturale) da inserire nella

programmazione annuale dell'azienda nel rispetto delle previsioni in tema di programmazione sanitaria e sociosanitaria definite dalla L.R. 23/2004. In base a questi elementi, potranno essere determinate le ulteriori possibili manovre di espansione e di potenziamento dell'assistenza ospedaliera.

La risultante delle diverse percentuali di crescita del sistema porta nel triennio ad un incremento medio annuale del 5 %. Le ulteriori risorse che consentono di abbattere questa percentuale di crescita dovranno essere reperite nell'ambito dell'attività del CSC che dovrà conseguire una redistribuzione dei costi pari a 10 milioni nel 2006, 30 milioni nel 2007 e 60 milioni nel 2008. Con queste previsioni il tasso di crescita del sistema regionale si posiziona su valori appena inferiori del 4%.

Utilizzando come parametro di riferimento la percentuale di finanziamento per il territorio e quella per l'ospedale (che comunque nel triennio è destinata ad essere sostituita dal nuovo sistema di riparto delle risorse descritto nella sezione precedente) si arriva, con le previsioni a fine triennio, ad un assorbimento percentuale di risorse del 54,3% per l'assistenza ospedaliera e del 45,7% per quella territoriale.

L'allocazione delle maggiori risorse da investire a livello territoriale è programmata in aree specifiche di attività (Distretto, Dipendenze, Salute mentale e Dipartimento di prevenzione) e con diversi gradi di sviluppo a livello geografico per ridurre le disomogeneità dei servizi (le aree con maggiori dotazioni di offerta avranno un tasso di crescita inferiore rispetto a quelle con offerta al di sotto degli standard regionali). Gli obiettivi perseguiti sono quelli contenuti nel presente documento e quelli già deliberati del Piano regionale della riabilitazione e del Progetto obiettivo materno infantile. Nella programmazione triennale, rispetto alla graduazione della crescita di risorse assegnate per area geografica, dovrà venir considerato anche il riequilibrio di risorse che tiene conto degli scostamenti tra finanziamento teorico e costi reali. Tutto questo per consentire il recupero graduale delle aziende e degli ospedali attualmente sottofinanziati.

Poiché i primi risultati che derivano dall'applicazione del nuovo sistema di finanziamento indicano che per le diverse aziende lo squilibrio tra costi attesi teorici e costi reali è di entità limitata (pochi punti percentuali del bilancio di ciascuna azienda), non si prevedono per il triennio tagli di servizi o di strutture al fine di conseguire il rientro economico per area geografica. Il recupero del disequilibrio, considerato che è prevista una crescita complessiva del sistema, sarà perseguito graduando opportunamente la crescita delle diverse aziende in modo da recuperare progressivamente nel triennio il disavanzo tra costi reali e costi attesi.

La crescita programmata nel triennio 2006-2008 per l'assistenza ospedaliera è inferiore rispetto alla crescita avvenuta negli ultimi anni e pertanto nel triennio non si

prevedono sviluppi di nuove funzioni o attività, ma interventi di crescita limitati a specifiche aree critiche (es. ambulatoriale, riabilitazione, post acuzie) o in strutture carenti (es. *stroke unit* a Pordenone). Per consentire l'attuazione di questi sviluppi appare necessario recuperare risorse attraverso la razionalizzazione interna del sistema, sia a livello locale, che a livello di area vasta o a livello regionale. In tal senso, l'individuazione e la realizzazione di una più razionale organizzazione di laboratorio analisi, medicina trasfusionale, microbiologia/virologia ed anatomia patologica, come descritta nel capitolo precedente, appare prioritaria non solo per gli obiettivi conseguibili in termini di risultati di salute (qualità, appropriatezza), ma anche per quelli economici, prestandosi le aree in questione ad una manovra di razionalizzazione in termini di risorse umane, materiali di consumo, manutenzioni, noleggi ed attrezzature. Peraltro, le funzioni considerate hanno minime relazioni dirette con l'utenza essendo raramente necessario l'accesso del paziente nella sede di esecuzione della prestazione.

### ALTRI INTERVENTI PROGRAMMATI

DONAZIONE – TRAPIANTO  
REUMATOLOGIA  
MALATTIE ALLERGICHE E IMMUNOLOGICHE  
MALATTIE RARE  
MEDICINA DELLO SPORT  
SALUTE MIGRANTI  
ASSISTENZA PROTESICA

#### Donazione – Trapianto

Nel triennio 2006-2008 si darà completa applicazione alle previsioni della D.G.R. n. 966/2005 recante “L. 91/1999: progetto per l’attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule nella Regione Friuli Venezia Giulia per l’anno 2005”. In particolare sarà attivato il Centro regionale trapianti mediante l’acquisizione del personale previsto dalla suddetta deliberazione e delle attrezzature informatiche. Sarà completata la rete delle Strutture operative di rianimazione degli ospedali regionali ed attivato il monitoraggio dei neurolesi.

Il predetto Centro dovrà essere accreditato adeguando gli standard alle disposizioni ministeriali in corso di emanazione.

Verrà implementata l’attività di ricerca in ambito trapiantologico.

Dovranno essere raggiunti gli obiettivi concordati annualmente tra il Coordinatore regionale trapianti ed il Centro nazionale trapianti.

Nel triennio si intendono realizzare anche i programmi avviati nel campo dei “tessuti” (tessuti oculari, valvole cardiache, segmenti vascolari), secondo quanto indicato dall’Accordo triennale con la Regione del Veneto rinnovato di recente.

Particolare attenzione sarà rivolta alla formazione degli operatori. Verrà perseguita l’autonomia operativa delle *equipe* che dovranno procedere al prelievo di tessuti.

#### Reumatologia

La Reumatologia è la branca della specialistica medica che si occupa delle patologie non chirurgiche dell’apparato osteo-artro-muscolare e dei tessuti connettivi. Queste hanno un forte impatto sociale per l’elevata incidenza, costi economici e riduzione della qualità di vita. Tali malattie sono caratterizzate da spiccata disabilità e da evoluzione spesso invalidante. I soggetti presentano caratteristiche comuni, derivanti dalla convivenza cronica con la disabilità, la necessità di cure e controlli a tempo indeterminato.

Le problematiche si estrinsecano innanzitutto a livello distrettuale in cui operano i MMG che gestiscono la complessità di questi pazienti relazionandosi con l’area del sociale, con gli ospedali inseriti nelle ASS (in particolare con alcune Medicine) e con le aziende ospedaliere, IRCCS, (dove, oltre alle Medicine, operano anche reparti specialistici).

Già con il 2001, nell'ambito di uno studio osservazionale per l'artrite reumatoide, sono stati individuati in FVG alcuni centri idonei alla diagnosi ed al trattamento di questa malattia.

Rispetto alla rete dei servizi è previsto che il MMG continui ad essere il primo punto di riferimento per queste patologie che per casi particolari potranno essere trattate anche da professionisti dotati di competenze specifiche nell'ambito delle attività di medicina interna presenti negli ospedali inseriti nelle ASS. Il punto di riferimento specialistico per l'alta complessità viene individuato a livello delle Aziende ospedaliere, IRCCS.

Per il triennio 2006-2008 appare prioritario sviluppare maggiore collaborazione tra i MMG ed i diversi professionisti (alcuni inseriti nelle Divisioni di medicina generale) che si occupano a livello specialistico di queste malattie. Dovranno pertanto essere definiti percorsi diagnostici (con particolare riferimento alle patologie infiammatorie) e terapeutici (con particolare riferimento ai nuovi farmaci biologici) da attuarsi innanzi tutto a livello di area vasta.

Si prevede l'attivazione di un ruolo di coordinamento regionale in capo all'Agenzia regionale della sanità nell'ambito delle attività di governo clinico che dovrà definire le modalità di raccordo tra l'attività reumatologica degli ospedali inseriti nelle ASS e gli altri centri specialistici che operano in FVG al fine di garantire livelli omogenei di risposta nel territorio regionale ed elevati standard qualitativi dell'assistenza.

Nel triennio dovrà essere sviluppato uno studio di fattibilità per la costituzione di un Dipartimento sperimentale che, utilizzando la struttura e le competenze del Polo ospedaliero udinese, sia in grado di acquisire il coordinamento e l'indirizzo delle attività regionali di reumatologia

## **Malattie allergiche e immunologiche**

L'interesse per queste malattie deriva dal fatto che un comune meccanismo patologico (la sensibilizzazione) determina a causa di una reazione abnorme dell'organismo una multiforme gamma di malattie che nella nostra Regione vengono spesso seguite in maniera parcellizzata dai diversi specialisti selezionati prevalentemente in base all'organo di volta in volta colpito o in base all'età (es. i pediatri). Si passa anche da quadri con pericolo imminente di vita (shock anafilattico) a situazioni di banale fastidio soggettivo che non richiedono terapia. Questi elementi si associano di solito ad elevata variabilità clinica nelle procedure di diagnosi e terapia, sovrapposizione di competenze, assenza di protocolli condivisi e verificati, autoreferenzialità e, in genere, a scarsi risultati clinici in relazione alle risorse a disposizione.

Peraltro, a fronte delle generali segnalazioni epidemiologiche di un incremento della prevalenza di queste malattie (asma bronchiale, riniti, congiuntiviti, dermatiti, allergie da alimenti, da farmaci, punture di insetti, allergie da sostanze usate sul lavoro ecc.), ad oggi non sono disponibili dati completi per descrivere il fenomeno a livello regionale. Stime a livello internazionale nazionale indicano che il 15% della popolazione italiana presenta manifestazioni allergiche di diversa entità clinica e che percentuali anche superiori sono riportate per altre nazioni centro europee a cui, probabilmente, il FVG si avvicina.

Al fine di qualificare l'assistenza alle malattie allergiche (minore accesso ai PS, riduzione delle assenze dal lavoro e da scuola e per ridurre la morbilità e mortalità) nel triennio 2006-08 dovrà essere attivato a livello regionale un percorso per il rilevamento dell'attuale attività diagnostica e terapeutica per le malattie allergiche ed immunologiche svolta dai MMG e dai PLS, dagli ambulatori specialistici e dai pronto soccorso.

In base ai dati raccolti potrà essere stimato il bisogno assistenziale appropriato verso cui il sistema regionale deve dare risposta e su queste basi potrà essere programmato il livello di offerta per area vasta e per il bacino d'utenza regionale attraverso articolati e differenziati livelli di complessità delle strutture individuate.

Con il contributo prioritario dei clinici e delle società scientifiche dovranno essere successivamente definiti i protocolli diagnostico-terapeutici specifici basati sulle prove di efficacia e le modalità di relazione (chi fa che cosa e come) tra le diverse strutture al fine di costituire una rete integrata di assistenza.

Attraverso il supporto delle attività formative regionali dovranno essere formati tutti gli attori coinvolti nella gestione delle malattie allergiche (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, personale infermieristico e di supporto, laboratorio analisi, pronto soccorso, centri specialistici) al fine di garantire standard di assistenza omogenei a livello regionale.

Nell'ambito della pianificazione annuale saranno definiti gli obiettivi da perseguire nel triennio ed il sistema di monitoraggio e controllo.

## **Malattie rare**

L'accordo stipulato nell'ottobre 2004 tra la Regione Friuli Venezia Giulia, la Regione Veneto, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Provincia Autonoma di Trento, prevede di istituire un unico e condiviso sistema di monitoraggio delle malattie rare, in modo da ridurre le disparità e le disuguaglianze tra i malati presenti nell'area territoriale interessata. Nel triennio si intende dare completa attuazione al suddetto accordo. In particolare, nel 2006 si provvederà a confrontare ed a rendere omogenei i dati ricavabili dai sistemi informativi sanitari in essere nelle regioni partecipanti. Ciò al fine di censire il numero di pazienti affetti da malattie rare nell'area interessata, di valutare gli accessi alle strutture specialistiche, le modalità di esenzione dalla spesa sanitaria, l'erogazione delle prestazioni effettuate nonché i farmaci e gli altri materiali erogati per giungere ad una attività programmatoria comune.

Si attuerà anche, in un'ottica interregionale, una revisione dei presidi regionali individuati con DGR n. 2725/2003 e saranno implementati i programmi di ricerca in tema di malattie rare.

## **Medicina dello sport**

In collaborazione con la Direzione Centrale competente in materia di sport, nel triennio saranno attuate, una serie di azioni volte a promuovere stili di vita corretti, soprattutto per quanto attiene alle fasce di età più giovani stimolando la pratica di attività sportive e veicolando informazioni di educazione sanitaria.

Particolare attenzione sarà rivolta alla prevenzione della morte improvvisa, problema, non frequentissimo ma meritevole di un intervento della sanità pubblica (incidenza nella popolazione nazionale 1/1000 abitanti), attraverso l'organizzazione di corsi di rianimazione cardiopolmonare rivolti al personale tecnico "laico" (allenatori, massaggiatori, arbitri, etc.).

Verranno inoltre perseguite azioni di promozione dell'attività fisica e sportiva tra le persone affette da malattie croniche (diabete mellito e sindrome metabolica) in collaborazione con le aziende sanitarie, i MMG, gli Enti Locali e le associazioni del Volontariato.



I primi risultati delle ricerche condotte in soggetti al di sotto dei 35 anni secondo la metodologia “*Evidence based prevention*” suggeriscono per le visite di idoneità sportiva le raccomandazioni di seguito riportate che, come già proposto a livello nazionale, potranno essere oggetto di analisi nel prossimo triennio anche in FVG :

- la visita medica può essere mantenuta, anche se ne va accentuato il valore di consiglio e orientamento nella scelta della pratica sportiva più adatta, con l’obiettivo di aumentare la soddisfazione e quindi la probabilità di proseguire più a lungo possibile nello svolgimento dell’attività fisica (è dimostrato che l’attività fisica è efficace nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e di numerose altre patologie)

- l’attività di screening per l’apparato cardiovascolare, in corso di svolgimento da circa trent’anni, può essere mantenuta, sostenendo gli sforzi per una sua valutazione di efficacia su base osservazionale. Nelle aree in cui non sono in corso studi di efficacia retrospettiva, può essere offerta a condizione che sia garantito un adeguato controllo della qualità della prestazione resa. Ogni offerta di attività al di fuori di queste condizioni non è giustificata

- lo screening per l’apparato respiratorio potrebbe essere abolito perché non è dimostrata la sua utilità

- lo screening per l’apparato muscoloscheletrico: potrebbe essere abolito perché non è dimostrata la sua utilità.

- la tempistica della ripetizione periodica e l’eventuale frequenza ottimale che gli screening dovrebbero avere non è ancora stata stabilita e pertanto non vi sono indicazioni a modificare i tempi attuali. Su questo punto dovrà intervenire un documento di consenso tra gli esperti che tenga conto del bilanciamento tra i costi e i possibili, ma non dimostrati, benefici.

Dovranno, inoltre, essere predisposti protocolli ispirati alla EBP anche per la valutazione dell’idoneità alla pratica di attività sportive oltre i 35 anni.

## **Salute migranti**

L’obiettivo regionale generale è quello di garantire la tutela della salute fisica e mentale ai cittadini stranieri sviluppando condizioni di pari accessibilità e fruizione dei servizi sanitari, con accoglienza ed assistenza adeguate ai fattori etnici e culturali di diversità.

Gli obiettivi specifici per il triennio sono:

- Monitoraggio dello stato di salute della popolazione migrante (attività dell’Osservatorio).
- Informazione corretta e comprensibile sui servizi esigibili con produzione di materiale multilingue.
- Formazione e sensibilizzazione degli operatori socio-sanitari per favorire un approccio multiculturale all’accoglienza e all’assistenza.
- Formazione dei mediatori culturali nell’area della salute.
- Riduzione del numero degli infortuni sul lavoro nei lavoratori migranti anche attraverso la formazione-informazione mirata alla sicurezza sul posto di lavoro.
- Elaborazione di buone pratiche che facilitino e snelliscano le procedure amministrative che riguardano l’assistenza sociale e sanitaria ai migranti.
- Offerta di percorsi nascita adeguati e attenti alle differenze culturali di “*maternage*”.
- Riduzione del numero IVG nelle cittadine straniere.

## **Assistenza protesica**

Uno degli strumenti disponibili a supporto dei problemi derivanti dalla disabilità è senz'altro l'erogazione dell'assistenza protesica. Purtroppo, il percorso per ottenere l'erogazione con spesa a carico del S.S.N., è sicuramente ancora troppo macchinoso per la persona che ne ha bisogno e diritto. Per il triennio si prevedono azioni articolate a diversi livelli per risolvere questa priorità. Sono previste le seguenti iniziative:

- Azioni a livello regionale per conseguire uniformità della modulistica, analisi delle potenzialità informatiche, definizione dei criteri di erogazione, direttive per la semplificazione dei percorsi, e per il monitoraggio della spesa.
- Realizzazione di protocolli d'intesa tra aziende ed enti locali al fine di concretizzare sinergie e collaborazioni con altre strutture del territorio, di area vasta, di altre aziende, di ospedali, del distretto, del Dipartimento salute mentale, delle Dipendenze, della Prevenzione.
- Costituzione in ogni ASS di un gruppo di lavoro aziendale al fine di creare un'interfaccia con altri servizi, promuovere la formazione dei prescrittori e degli operatori sanitari ed amministrativi
- Sviluppo di azioni di supporto tra cui la disponibilità di adeguate strutture informatiche, l'adeguatezza degli uffici, la disponibilità di parcheggi, la facilità all'accesso di strutture, la disponibilità di servizi igienici ecc.
- Rispetto alle gare d'appalto per l'acquisizione dei servizi dovrà essere coinvolta anche l'attività del CSC che dovrà essere orientata, oltre che alla valutazione degli aspetti puramente economici, anche alla valutazione della qualità ed allo sviluppo di relazioni con il gruppo di lavoro regionale al fine di un parere tecnico.

## **Disturbi del comportamento alimentare**

Si stima che nei paesi occidentali industrializzati l'8-10% delle ragazze con età tra 12 e 25 anni può presentare qualche disturbo del comportamento alimentare che nell'1-2% dei casi evolve in un quadro patologico (anoressia o bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbo del comportamento alimentare non specificato); il dato è in aumento negli anni. La malattia viene associata a stili di vita non adeguati ed a tensioni sociali e familiari.

In Friuli Venezia Giulia non è stata ancora programmata una modalità integrata per garantire in tutto il territorio regionale una risposta adeguata a questi problemi di salute (che in alcuni casi riguardano anche gli adulti) e, attualmente, in maniera eterogenea nelle diverse realtà regionali, vengono offerti interventi per lo più prestazionali, più o meno integrati e multidisciplinari. Si registra anche una mobilità passiva extraregionale non quantificata, in particolare verso strutture residenziali sociosanitarie.

Nel prossimo triennio dovranno essere pianificati interventi di prevenzione attiva (modifica degli stili di vita, educazione alimentare) con interventi nelle scuole, nello sport nelle associazioni ecc. e con la sensibilizzazione degli specialisti, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Attraverso la programmazione di area vasta dovrà essere organizzata una rete multidisciplinare di professionisti (tra cui MMG, PLS e servizi distrettuali) in grado di cogliere precocemente i primi sintomi, di fare la diagnosi, di valutare il bisogno in termini multiprofessionali e di programmare un intervento personalizzato.

Valorizzando le esperienze positive sinora realizzate in FVG, con successiva normativa (linee guida, linee di gestione annuali), saranno definite a livello regionale le modalità organizzative della risposta multidisciplinare integrata, il coordinamento, le strutture coinvolte, il supporto informativo, gli interventi di formazione e le modalità di

risposta ai bisogni residenziali di tipo sociosanitario nonché la sede regionale in cui la struttura verrà collocata.

## CAPITOLO 11

### LE AZIONI STRUMENTALI

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE

POLITICHE DEL PERSONALE

*LA CONDIVISIONE DELLE STRATEGIE, LA CONOSCENZA DEGLI OBIETTIVI E LA COMUNICAZIONE*

*L'ATTO AZIENDALE E GLI INCARICHI DI POSIZIONE*

*LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE*

*IL PERSONALE AMMINISTRATIVO*

*IL RACCORDO E LA COERENZA CON GLI OBIETTIVI DEL PIANO*

*LA GESTIONE DEI FONDI CONTRATTUALI*

*IL MIGLIORAMENTO DEL CLIMA INTERNO E L'INCREMENTO DEL VALORE NON TANGIBILE DEL PERSONALE*

FABBISOGNO DI PERSONALE DA FORMARE E ATTIVITÀ INTEGRATE CON L'UNIVERSITÀ

FORMAZIONE CONTINUA E SISTEMA ECM REGIONALE

PIANO DELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI

ACCREDITAMENTO

### **Sistema informativo sanitario regionale**

La programmazione regionale del prossimo triennio per il Sistema informativo regionale è stata oggetto di trattazione specifica nel documento tecnico già deliberato a margine dal Piano sanitario e sociosanitario nel dicembre 2005. In questa fase vengono richiamati i principali elementi strategici per gli sviluppi e le prime linee di indirizzo per il prossimo triennio.

I soggetti istituzionali coinvolti nella fase di orientamento e progettazione del sistema sono: la Direzione centrale salute e protezione sociale, l'Agenzia regionale della sanità, il Centro servizi condivisi e le Aziende sanitarie regionali (ospedaliera, ospedaliero universitarie) e gli IRCCS.

I programmi di sviluppo dovranno tenere conto delle esigenze strategiche definite dalla programmazione regionale (e quindi essere funzionali alla realizzazione delle stesse), e delle necessità gestionali delle Aziende che utilizzano il sistema per le attività quotidiane.

Viene riconosciuta la specificità del Sistema informativo sanitario regionale in quanto a dimensioni complessive (oltre 6000 postazioni di lavoro) ed in quanto alla necessità di governo strategico che fa riferimento all'Agenzia regionale della sanità ed alla Direzione centrale salute e protezione sociale. In questo livello istituzionale dovrà avvenire il supporto per lo sviluppo del Sistema informativo sociale e l'integrazione dei due sistemi (sanitario e sociale) tra loro e con gli altri soggetti interni ed esterni al sistema regionale.

Si prevedono attività di sviluppo di nuove applicazioni informatiche gestite a livello centrale ed attività di conduzione a carico dei singoli utilizzatori dei servizi informatici. A presidiare il processo si formalizza la costituzione di un gruppo di referenti del sistema informativo di cui dovranno far parte rappresentanti delle aziende, del CSC, dell'Agenzia e della Direzione centrale. A questo gruppo viene affidata la valutazione ed il monitoraggio

dei piani di sviluppo e di conduzione che sono approvati dai Direttori generali delle aziende sanitarie e dalla Giunta regionale nell'ambito del consolidamento dei piani aziendali annuali.

L'Agenzia regionale della sanità struttura per il prossimo triennio una funzione di coordinamento per svolgere le funzioni di cui sopra e per relazionarsi con INSIEL e le altre componenti tecniche del Sistema informativo regionale.

Gli obiettivi strategici per il triennio 2006-08 sono di seguito esposti.

**1) *Rendere la sanità più accessibile al cittadino attraverso soluzioni informatiche***

Bisogna semplificare il rapporto tra amministrazione e cittadino, costruire una memoria "on line" dei processi e delle attività che riguardano la salute e presentare una visione integrata disponibile in tempo reale indipendentemente dal punto di accesso e dalla tipologia della prestazione erogata (fascicolo personale). Applicazioni prioritarie correlate a questo tema sono lo sviluppo di un CUP unico regionale, il servizio regionale di Call center, il portale dei servizi al cittadino ed i progetti di telemedicina.

**2) *supportare con soluzioni informatiche comuni l'integrazione sociosanitaria e l'adozione di un modello di continuità assistenziale***

Gli applicativi clinici di nuovo sviluppo dovranno avere una struttura matriciale che consenta, a partire dai dati inseriti nelle diverse fasi dei processi assistenziali, di costruire sistemi di valutazione del bisogno e fornire supporto alla pianificazione della risposta integrata. In questo ambito è prioritario fornire supporto allo sviluppo del Sistema informativo sociale (cartello sociale, monitoraggio PdZ, progetti educativi, ecc.) affinché sia garantita la visione comune delle informazioni sociosanitarie e l'integrazione con altri sistemi dell'area sociale (scuola, trasporti, lavoro ecc.). La messa in rete dei MMG e PLS all'interno del SISR è una tappa fondamentale di questo processo che comprende anche l'integrazione ospedale territorio.

**3) *contribuire a rendere più efficiente l'organizzazione sanitaria attraverso l'uso di soluzioni informatiche***

L'introduzione di nuove modalità organizzative deve sempre più essere supportata da soluzioni informatiche senza le quali alcuni processi sarebbero irrealizzabili (es. laboratorio analisi organizzato per area vasta, centro unico di qualificazione biologica per le unità trasfusionali). Assumono pertanto valenza strategica alcuni sviluppi e l'adozione di nuove tecnologie come la firma digitale, le tecniche di archiviazione dei documenti, il sistema informativo di ospedale, la gestione delle reti (convergenza fonio-dati), la gestione amministrativa (ordini, magazzino, order entry ecc.), lo sviluppo di sistemi di governo, di cruscotti direzionali, di reportistica, di supporto al governo clinico, di *disease management* e la disponibilità di utilizzare le teleconferenze. Dovrà essere colmato il gap di sviluppo dei sistemi informativi in alcune aree critiche come la salute mentale, la prevenzione, le dipendenze, la disabilità, l'area naterno infantile. In tema di formazione sono state già introdotte soluzioni informatiche (ECM) ed altre ne seguiranno come la formazione a distanza.

**4) *garantire elevati standard di sicurezza e qualità dei livelli di servizio e semplicità di gestione***

La soddisfazione degli utenti dovrà essere considerata obiettivo prioritario in termini di gestione dei posti di lavoro, facilità d'uso dei prodotti, rinnovo tecnologico, adeguatezza delle soluzioni informatiche adottate e coerenza delle scelte operate rispetto agli obiettivi

definiti. Nello stesso tempo dovranno essere ricercate economie di scala, nuove strategie nella gestione delle reti e delle tecnologie di comunicazione. Al fine di poter misurare i progressi conseguiti dovrà essere perfezionato anche il sistema di monitoraggio dei piani di sviluppo ed il controllo della qualità della modalità di produzione del SISR.

## **Politiche del personale**

### *La condivisione delle strategie, la conoscenza degli obiettivi e la comunicazione*

Diverse valutazioni effettuate nelle aziende non sanitarie ed alcune analisi condotte nelle aziende sanitarie evidenziano che in condizioni di base solo una limitata percentuale (ben al di sotto del 50%) del personale che vi lavora conosce la strategia dell'azienda e gli obiettivi della struttura operativa in cui opera. In considerazione del fatto che il personale è la principale risorsa in termini di contributo al successo di un'azienda che eroga servizi come sono le aziende sanitarie, appare necessario sviluppare nel triennio una strategia di coinvolgimento al fine di orientare l'attività di ogni giorno agli obiettivi dell'azienda e delle strutture operative di appartenenza. L'occasione dell'avvio dell'attuazione del Piano sanitario e sociosanitario regionale dovrà essere pertanto opportunità di comunicazione verticale (gerarchica) ed orizzontale (tra pari) al fine di portare a conoscenza di tutti i collaboratori delle aziende sanitarie i contenuti del Piano e le modifiche interne all'azienda che la sua attuazione comporta. Dovranno essere evidenziate le ricadute della programmazione aziendale sugli obiettivi di struttura operativa e sul lavoro di ogni giorno e dovrà essere individuato il contributo che, in base al proprio ruolo, ogni singolo collaboratore potrà dare al fine della realizzazione delle strategie aziendali e del conseguimento degli obiettivi delle strutture operative.

### *L'atto aziendale e gli incarichi di posizione*

Con il 2006 le aziende adotteranno definitivamente l'Atto aziendale che sarà frutto di un percorso di analisi interna e di adeguamento dell'organizzazione alle condizioni necessarie per il conseguimento degli obiettivi assegnati. In particolare, l'individuazione delle strutture complesse, delle strutture semplici e degli incarichi professionali, nonché l'assetto dei dipartimenti verticali ed orizzontali delle aziende dovrà essere in linea con il documento Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale e con le previsioni di Piano. Nella programmazione triennale dovrà essere considerata anche la compatibilità economica con i fondi aziendali delle posizioni (tenendo conto degli indirizzi regionali in materia) ovvero dovranno essere individuate le modalità per il reperimento delle risorse necessarie all'eventuale previsione di incremento del fondo.

In coerenza con le disposizioni della LR 23/04 che conferisce autonomia e responsabilità al distretto e con la strategia del Piano sanitario e sociosanitario che assegna obiettivi rilevanti al distretto e che prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale, l'assetto organizzativo del territorio dovrà definire precise responsabilità e conseguenti incarichi di posizione.

In considerazione delle modifiche organizzative previste nell'ambito delle azioni vincolanti di area vasta che interessano il Laboratorio analisi, la Microbiologia, l'Anatomia patologica, e la Medicina trasfusionale, nel corso del triennio potranno essere riviste le posizioni organizzative attualmente individuate.

## *La valorizzazione delle professioni sanitarie*

Già con le Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario 2005 e con il documento Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale è stato avviato un processo di riorganizzazione del lavoro all'interno delle strutture operative con l'individuazione della responsabilità ed autonomia nella gestione dell'assistenza da parte del personale infermieristico la cui gestione è affidata al referente infermieristico di dipartimento e di struttura operativa. Questi si coordina con il responsabile medico di dipartimento e di struttura operativa. Diverse aziende hanno già provveduto alla nomina di dirigenti infermieristici che definiscono assieme ai dirigenti medici le modalità operative per coordinare le attività di assistenza con quelle di diagnosi e terapia. Parimenti, saranno avviati processi di riorganizzazione del lavoro per l'individuazione della responsabilità e di autonomia gestionale per le professioni afferenti alle rimanenti aree professionali previste dalla Legge 251/00. La programmazione regionale intende supportare questo processo ed in tal senso ha già attivato con le Università di Udine e Trieste il corso biennale per Dirigente infermieristico che inizia con il 2006. Il processo è dunque avviato pur in presenza di norme ancora a carattere transitorio.

A breve è prevista la discussione di una proposta di legge al fine di colmare alcune carenze normative.

Nell'ambito degli interventi previsti nel triennio per Laboratorio analisi, Anatomia patologica, Microbiologia, Medicina trasfusionale, Radiologia e Riabilitazione dovranno parimenti essere valorizzate l'autonomia e responsabilità delle professioni sanitarie coinvolte introducendo le modifiche organizzative che sono funzionali al conseguimento dei risultati di razionalizzazione.

## *Il personale tecnico amministrativo*

Con l'avvio dell'attività del CSC si rende necessaria una revisione dell'assetto organizzativo del personale amministrativo e del personale tecnico addetto ai servizi di supporto all'interno delle aziende sanitarie. Già con il 2005 è stata conseguita la centralizzazione di numerose gare d'appalto riducendo i carichi di lavoro dei provveditorati periferici. Con il 2006, nell'ambito del piano triennale del CSC, gli interventi riguarderanno le assicurazioni per estendersi nel triennio ad altre aree di attività (es. approvvigionamenti, logistica, amministrazione del personale, telefonia, energia) secondo le priorità che il Consorzio di aziende vorrà stabilire. Questi cambiamenti dovranno associarsi con un riassetto strategico dell'area amministrativa e dei servizi di supporto che dovrà essere orientato al controllo interno, al fine di determinare il fabbisogno e la tipologia dei beni e servizi indispensabili all'azienda ed al rapporto con il CSC, al fine di consentire la corretta fornitura di quanto necessario.

Le professionalità amministrative impegnate con la gestione interna delle risorse, il bilancio, la contabilità ed il controllo dovranno adeguarsi al nuovo assetto migliorando la capacità di programmazione e monitoraggio. Le aree amministrative interessate dagli interventi del CSC dovranno invece essere oggetto di riorganizzazione e riconversione lasciando nelle sedi periferiche le attività residuali necessarie e complementari all'integrazione con il CSC.

La riconversione di risorse economiche che l'attività del CSC dovrà conseguire nel triennio (di cui il Piano si attende l'utilizzo per gli sviluppi del sistema) richiede anche un intervento sul personale amministrativo di cui si prevede una riduzione complessiva nel corso degli anni. In questo senso, già nel periodo di attuazione del presente Piano, dovranno essere attentamente valutate le possibilità di riconversione interna offerte dal *turn over* annuale ricorrendo eventualmente alle assunzioni a tempo determinato per

eventuali criticità temporanee in attesa di definire con precisione il quadro previsto a regime.

### ***Il raccordo e la coerenza con gli obiettivi di Piano***

Le aree di intervento del Piano hanno dirette ricadute sulle politiche del personale che dovranno essere considerate secondo il seguente schema.

#### ***Assetto organizzativo, dimensioni della programmazione (territorio, area vasta)***

Dovrà essere rivisto l'assetto organizzativo dei distretti (Staff, UCAD); ricercata l'integrazione con gli operatori degli Enti locali (da un punto di vista professionale, della formazione e della attività comune es. UVD); dovrà essere sviluppata una visione del personale di area vasta (comprese le assunzioni ed il ricambio del turn over), dovranno essere attuate le modifiche organizzative conseguenti alla individuazione di aziende titolari ed aziende coordinatrici della funzione (in particolare per le assunzioni nelle aree in cui sono previste razionalizzazioni); dovranno essere gestite le modifiche relative alla piena operatività dei Dipartimenti interaziendali di Medicina trasfusionale in cui non necessariamente dovrà essere previsto il trasferimento di personale tra un'azienda e l'altra.

#### ***Il potenziamento dell'assistenza territoriale***

In quest'area si prevede un aumento numerico del personale, in particolare di infermieri, fisioterapisti ed OSS. Si pone pertanto il problema del reperimento di queste professionalità, cronicamente carenti sul mercato del lavoro e del possibile conflitto con le necessità di personale da dedicare all'assistenza ospedaliera (area che di solito ha maggiori capacità di assorbire personale). In queste valutazioni è necessario considerare che la crescita del personale sul territorio sarà graduale nel corso del triennio, che dovrà associarsi alla riclassificazione delle strutture residenziali per anziani. Questo fatto consentirà una migliore utilizzazione degli OSS (ed OSS con formazione complementare quando saranno disponibili) ed il recupero di infermieri attualmente utilizzati per altre funzioni. L'area ospedaliera è peraltro oggetto di razionalizzazione e riorganizzazione (area vasta, rete ospedaliera ecc.) e si prevede una crescita limitata solo in alcuni settori. Su questi temi è necessaria comunque una grande attenzione rispetto alle politiche del personale pena la non realizzazione degli obiettivi di potenziamento del territorio.

#### ***La rete ospedaliera per funzione e per area vasta***

Si rinvia a quanto sopra in proposito delle aziende titolari ed aziende coordinatrici e del Dipartimento di Medicina trasfusionale. Nel corso del triennio dovranno essere attuati gli accordi di area vasta che potranno definire rapporti di collaborazione tra aziende con spostamento di professionisti da un'azienda all'altra o l'espletamento di attività per alcuni giorni della settimana in sedi diverse da quelle abituali.

### ***La gestione dei fondi contrattuali***

Già con il 2006 si prevede un riequilibrio della distribuzione delle Risorse aggiuntive regionali extracontrattuali della dirigenza e del comparto che, eventualmente, proseguirà nel 2007. La distribuzione di dette risorse alle aziende sottostarà ai principi ed agli accordi definiti nelle competenti sedi negoziali. Queste modifiche avranno ripercussioni sul finanziamento alle aziende con movimenti perequativi al fine di compensare la variazioni dei costi/ricavi derivanti dalla manovra.

Le risorse aggiuntive regionali extracontrattuali residue 2004 e 2005 per la dirigenza e 2005 per il comparto, saranno utilizzate su obiettivi vincolati da attuarsi nel 2006. Gli obiettivi vincolati saranno individuati dalla programmazione regionale secondo accordi presi al tavolo negoziale.



## ***Il miglioramento del clima interno e l'incremento del valore non tangibile del personale***

I cambiamenti che il Piano prevede per il prossimo triennio non sarebbero conseguibili senza l'apporto determinante del personale. Ad integrazione di quanto già richiamato a proposito della conoscenza della strategia e del coinvolgimento, si tratta di creare le condizioni affinché il personale sia in grado di dare il suo contributo in termini di motivazione, partecipazione e capacità di produrre il cambiamento attraverso il suo comportamento.

Il clima aziendale nelle aziende sanitarie della Regione è orientato in genere alla insoddisfazione, alla continua richiesta di nuovo personale, alla evidenziazione delle carenze organizzative del sistema ed al continuo *burn out* a causa dei ritmi elevati di attività e delle pressanti richieste dell'utenza. Considerato che in queste condizioni il livello di qualità dei servizi e la soddisfazione, sia degli operatori che dell'utenza (a cui il personale trasferisce le sue tensioni) sono a rischio, appare necessario attivare nel triennio processi di miglioramento del clima interno. Appare evidente che la soluzione non è solo nell'incremento di personale ma nella modifica dell'organizzazione interna e dell'ambiente di lavoro affinché possano emergere comportamenti attivi di coinvolgimento, di collaborazione e di ricerca di soluzioni piuttosto che di deresponsabilizzazione. Le aziende dovranno attivare processi di analisi interna e di studio (ricerca ed intervento) per migliorare il clima interno ed orientare l'organizzazione ai cambiamenti introdotti dal Piano. I possibili interventi riguardano la comunicazione, l'ascolto, la disponibilità di strumenti adeguati per svolgere il proprio lavoro, la prevenzione degli infortuni sul lavoro (le strutture sanitarie sono spesso la più grande azienda presente nel territorio), la formazione, la responsabilizzazione, la volontà da parte dell'azienda di affrontare criticità irrisolte (ferie o riposi non goduti, straordinari, concessione del part time) ecc.

La capacità di produrre servizi di qualità e di introdurre cambiamenti organizzativi è collegata, oltre che alla dimensione quantitativa del personale, anche alla dimensione qualitativa come possono essere la capacità del personale di svolgere adeguatamente il proprio ruolo, il fatto di essere coinvolto nei processi dell'azienda, il fatto di conoscere e condividere i cambiamenti che vengono introdotti, il fatto di avere una formazione coerente agli obiettivi da conseguire, il fatto di vedere valorizzato il proprio contributo ecc. Anche su questi temi le aziende dovranno sviluppare programmi di miglioramento utilizzando opportunamente le leve gestionali già disponibili come il sistema premiante, la formazione, la selezione e l'affidamento degli incarichi di posizione e la valutazione. Su questi temi, al fine di consentire una comparazione regionale dei meccanismi posti in atto dalle aziende, saranno sviluppate procedure omogenee e condivise a livello di sistema complessivo

## **Fabbisogno di personale da formare e attività integrate con l'Università**

La regione intende promuovere e sviluppare un efficace governo della formazione di base e specialistica delle figure sanitarie per una risposta tempestiva e coerente ai bisogni quali/quantitativi espressi dal Servizio sanitario della Regione.

Nel triennio 2006-2008 saranno perseguiti i seguenti obiettivi.

- Perfezionare le modalità di determinazione quali/quantitativa con prospettiva triennale dei fabbisogni delle figure mediche e delle professioni sanitarie, in collaborazione con gli enti e le istituzioni di settore, applicando criteri efficaci e trasparenti.

- Attivare interventi in aree critiche come la pediatria e la psichiatria per promuovere una maggiore collaborazione tra Servizio sanitario e Università
- Attivare rapporti di collaborazione con i Paesi e le Regioni confinanti (in particolare con il Veneto) per lo sviluppo di una rete formativa in grado di rispondere alle esigenze di un bacino d'utenza più vasto differenziando opportunamente i segmenti di attività.
- Rinnovare i protocolli d'intesa introdotti dall'art. 6, comma 3 del DLGS 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, stipulati tra Regione e Università di Trieste e di Udine, per la formazione di base delle professioni sanitarie e delle lauree specialistiche.
- Rinnovare il sistema di raccolta dati esistente con una banca dati più rispondente alle attuali esigenze di governo della materia.

## **Formazione continua e sistema ECM regionale**

La strategia si basa sulla istituzione di un governo complessivo della formazione per promuovere lo sviluppo delle competenze dei professionisti del Sistema sanitario regionale e dei Servizi sociali a garanzia di risposte efficaci, appropriate e sicure a tutela dei cittadini.

Nel triennio saranno perseguiti le seguenti finalità ed obiettivi:

- Avvio del sistema di monitoraggio per garantire pari opportunità di sviluppo a tutto il personale per l'acquisizione di livelli sempre più elevati di competenze professionali coerenti con i nuovi bisogni emergenti dal contesto sociale e con i nuovi modelli organizzativi;
- Sviluppo del sistema ECM con particolare riferimento alle metodologie innovative quali formazione sul campo ed *e-learning*;
- Miglioramento della fruibilità del sistema ECM regionale attraverso la costruzione dell'anagrafe dei crediti e l'iscrizione *on-line* agli eventi;
- Accredimento *provider*;
- Sviluppo della formazione nelle Aziende sanitarie attraverso la realizzazione di un piano formativo annuale coerente con le linee strategiche regionali (in particolare quelle collegate allo sviluppo dell'assistenza territoriale che dovranno essere integrate con il sociale, ma anche la formazione ai professionisti affinché costituiscano innanzitutto una rete ospedaliera in senso culturale) finalizzato a coinvolgere il più elevato numero di professionisti attraverso la realizzazione di eventi formativi multi disciplinari e multi professionali;
- Avvio operativo della Consulta per interpretare le esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario interessate al processo di formazione continua e per monitorare gli eventi formativi allo scopo di valutare la reale rispondenza degli argomenti trattati con i fabbisogni professionali dei destinatari;
- Predisposizione delle linee guida regionali sulla formazione e costruzione di un sistema di valutazione della qualità delle attività formative;

- Individuazione delle modalità di riconoscimento di crediti acquisiti in esperienze formative all'estero.

## **Piano della formazione degli Operatori Socio Sanitari**

Questa Regione con la DGR n. 1879 del 31 maggio 2001, ha recepito le disposizioni contenute nell'Accordo dd. 22 febbraio 2001, che individua l'OSS quale figura di riferimento per l'assistenza di base alla persona in grado di intervenire, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario.

La formazione di tale figura (OSS) è realizzata dalla Regione tramite percorsi di 1000 ore, di 200 o di 600 ore compensative, realizzata da Enti gestori, esterni accreditati e/o dalle Aziende sanitarie regionali.

Dalle rilevazioni effettuate nell'area sanitaria si è evidenziato che:

- permane un modesto numero di operatori in servizio privo di qualifica e con qualifica di OTA che non ha voluto partecipare alle iniziative formative fin ora attivate dalle Aziende sanitarie e non intende farlo nel futuro, e di un esiguo numero di operatori in servizio che potrebbe accedere alle Misure compensative di 200 o di 600 ore;
- sussiste l'esigenza di attivare con urgenza i corsi "Moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria" per una parte degli OSS in servizio, considerata la riorganizzazione delle attività assistenziali all'interno dei Dipartimenti.

Dalle rilevazioni effettuate nel area socio assistenziale si è evidenziato che:

- esiste ancora un forte divario tra le professionalità richieste e previste dalla normativa vigente e la realtà operante nelle strutture residenziali e nei servizi territoriali;
- l'esternalizzazione dei servizi di assistenza riveste ormai una quota consistente di operatori addetti a mansioni di assistenza diretta alla persona alle dipendenze di soggetti esterni all'ente gestore;
- gli operatori addetti a mansioni assistenziali senza qualifica che prestano attività dirette alla persona sono un numero rilevante ed in particolare tra i soggetti delle cooperative. Tali operatori, in prevalenza donne, presentano notevole difficoltà a frequentare, in maniera continuativa, il percorso formativo di 1000 ore per il conseguimento della qualifica di OSS, per cui si è deciso di individuare un percorso formativo frammentato per il conseguimento della stessa, che possa garantire le pari opportunità e conciliare la vita professionale con quella familiare;
- permane ancora un discreto numero di operatori con qualifica ADEST o OTA che potrebbero perseguire un percorso formativo di miglioramento verso la qualifica di OSS; esiste un discreto numero di operatori in possesso della qualifica di operatore sociale o di tecnico dei servizi sociali o di titoli legalmente riconosciuti attinenti l'acquisizione di competenze tecnico professionali nei processi di assistenza e con un'esperienza lavorativa in assistenza diretta alla persona nelle strutture sanitarie o sociali e/o nel servizio domiciliare di almeno due anni, che potrebbero perseguire un percorso formativo di miglioramento verso la qualifica di OSS;
- esiste la necessità di inserire nelle strutture protette per anziani, a seguito della riorganizzazione delle attività assistenziali, la figura dell' OSS con formazione

complementare in assistenza sanitaria vista anche la costante difficoltà a reperire infermieri.

Rispetto a questa analisi gli obiettivi strategici per il triennio 2006-2008 sono:

- 1) Continuare nella formazione di nuovi occupati (corsi per disoccupati di 1000 ore) che rappresentano una fascia di disponibilità e di interesse in un'ottica del ricambio e della standardizzazione. Sicuramente si dovranno attivare 6/8 corsi ancora per i prossimi tre anni;
- 2) Proseguire ed incentivare la formazione di coloro che sono privi di qualifica e che prestano attività assistenziale diretta alla persona; la formazione nel prossimo triennio deve essere rivolta non solo al personale delle cooperative e imprese private, ma anche al restante personale. Il frazionamento del percorso formativo (200 ore competenze minime + 600 ore compensative con 2 anni di esperienza lavorativa) e l'individuazione di nuove forme di incentivazione al personale in formazione, consentirà a un numero rilevante di operatori di ottenere la qualifica di OSS;
- 3) Completare la riqualificazione degli operatori con qualifica ADEST o OTA ;
- 4) Nelle more del riconoscimento giuridico/contrattuale della nuova figura dell'OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria, attivare la formazione degli OSS-C, tenendo conto anche della riorganizzazione del lavoro sia nel settore sanitario che nel settore sociale;
- 5) Rivedere l'organizzazione del lavoro all'interno delle strutture ospedaliere in cui trova impiego l'OSS al fine di valorizzare il suo ruolo nell'ambito dell'attività assistenziale complessiva, di integrare la sua attività con quella degli altri operatori di assistenza (infermieri, fisioterapisti ecc.) e di sviluppare l'interesse al perseguimento di obiettivi di qualità e di particolari categorie di pazienti (es. anziano fragile).

## **Accreditamento**

Nel 2005 è iniziata la fase di graduale superamento del regime transitorio di accreditamento, attraverso due provvedimenti che hanno individuato le prime branche specialistiche per le quali è stato possibile definire i requisiti, generali e specifici, intesi come standard ulteriori di qualificazione, e le procedure per il rilascio dell'accREDITAMENTO ed i relativi fabbisogni.

Nel triennio verranno emanati successivi provvedimenti che definiranno ulteriori requisiti ed eventuali ulteriori procedure per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, pubbliche e private, che erogano prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale e di degenza nelle rimanenti branche specialistiche ed i relativi fabbisogni.

Le Aziende attiveranno/proseguiranno processi di certificazione di qualità a livello di struttura o di singoli servizi.



**Direzione centrale salute e  
protezione sociale**

# **PIANO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE**

## **2006-2008**

(ex articolo 7 L.R. 23 del 29 luglio 2004)

**Documento N.2 di 2 – Schede di ospedale**

Ottobre 2006

# INDICE

Indice	2
Le schede di ospedale per funzione	3
IRCCS Burlo Garofolo	4
Azienda ospedaliero universitaria di Trieste	6
Ospedale di Monfalcone	9
Ospedale di Gorizia	11
Ospedale unico Tolmezzo / Gemona – sede di Tolmezzo	13
Ospedale unico Tolmezzo / Gemona – sede di Gemona	15
Azienda ospedaliero universitaria di Udine	16
IMFR Gervasutta	20
IRCCS E. Medea – La nostra famiglia	21
Ospedale di San Daniele del Friuli	22
Ospedale di Palmanova	24
Ospedale di Latisana	26
Azienda ospedaliera di Pordenone	28
IRCCS CRO Aviano	31
Ospedale di San Vito al Tagliamento	33
Ospedale di Maniago / Spilimbergo – sede di Spilimbergo	35
Ospedale di Maniago / Spilimbergo – sede di Maniago	36
Case di cura private che sono già temporaneamente accreditate	37

## LE SCHEDE DI OSPEDALE PER FUNZIONE

Le schede del presente documento definiscono per ciascun ospedale la funzione erogata come già indicato nel PIMT 2000-2002. L'elenco delle funzioni considerate tiene conto delle modifiche avvenute nel corso della programmazione regionale degli ultimi anni.

Per le funzioni con degenza non vengono indicati il numero di posti letto in quanto la dimensione organizzativa di questo elemento avviene nei dipartimenti aziendali e la dimensione quantitativa di questo aspetto è delegata all'autonomia delle aziende che operano in base al bisogno, alla propria organizzazione interna e di area vasta.

La modalità organizzativa (SOC, SOS, SOS dipartimentale, incarico professionale) e la assegnazione dipartimentale è definita dalle aziende in ragione del documento "Principi e criteri per la adozione dell'atto aziendale" ed approvata dalla programmazione regionale nell'ambito della verifica dell'atto aziendale stesso. Nell'Atto aziendale, in dipendenza da questi elementi, le funzioni elencate nel presente documento possono essere proposte come SOC o SOS in base alle valutazioni aziendali, salvo la verifica di conformità rispetto al documento "Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale" da effettuarsi in sede regionale.

Nell'elenco delle funzioni di ciascun ospedale vengono considerate le funzioni della programmazione regionale (in riferimento al primo e secondo Piano di intervento a medio termine) e tra queste possono essere identificate le SOC e SOS aziendali secondo i criteri appena citati. Nell'ambito dell'autonomia aziendale, dovranno essere individuate ulteriori SOS ed incarichi professionali, con differenziate graduazioni di posizione, in grado di rappresentare adeguatamente l'organizzazione complessiva che l'Azienda intende configurare e che sarà rappresentata nell'Atto aziendale inviato alla Regione.

Sono previsti per il triennio 2006-08 interventi vincolanti da attuare per le Aziende e indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento. Questi elementi sono riportati in due diverse colonne per le funzioni interessate e costituiscono elemento di base per la programmazione aziendale e di area vasta nonché punto di partenza per il monitoraggio dell'attuazione del piano.

**IRCCS Burlo Garofolo****Costituisce riferimento regionale per le funzioni specifiche dell'area materno infantile sottoindicate come da Progetto obiettivo materno infantile 2005**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Pediatria		Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Patologia neonatale		Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ostetricia ginecologia		
Ematologia pediatrica, Centro trapianti	Funzione di riferimento regionale per i trapianti allogenici ed autologhi del bambino e per oncoematologia pediatrica	Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Neuropsichiatria infantile	Degenze in ambito dipartimentale	Funzione integrata con ASS1
Chirurgia pediatrica		Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Ortopedia traumatologia		Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Chirurgia maxillo facciale Odontostomatologia		Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base di odontostomatologia Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Oculistica	Integrazione dipartimentale per le degenze	Integrazione con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Otorinolaringoiatria	Integrazione dipartimentale per le degenze	Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Pronto soccorso		
Anestesia e rianimazione Terapia intensiva neonatale		Relazioni di AV come da P.O. Materno infantile
Radiologia		Integrazione con AOOTS per l'utilizzo delle grandi apparecchiature Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Definisce ed attua un progetto di razionalizzazione e differenziazione delle linee produttive con AOOTS che viene individuata come azienda titolare della funzione	
Medicina trasfusionale	Definisce ed attua un progetto di razionalizzazione e differenziazione delle linee produttive con AOOTS che viene individuata come azienda coordinatrice del Dipartimento verticale interaziendale per area vasta	
Anatomia patologica	Attività svolta da AOOTS Azienda titolare	



**IRCCS Burlo Garofolo (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Virologia/Microbiologia	Individuata come azienda coordinatrice per l'area vasta. Definisce ed attua un progetto con AOOTS per razionalizzare e differenziare le linee produttive	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico	Funzione integrata con AOOTS
Genetica	Riferimento regionale per la diagnosi prenatale e per le malattie genetiche ad esordio clinico nell'infanzia	
Direzione sanitaria		

## Azienda ospedaliero universitaria di Trieste

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Medicina		Svolge attività di ematologia rivolta anche al trapianto autologo
Post acuzie	Funzione già attivata	
Riabilitazione		Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Geriatria		
Oncologia	La progettualità della nuova sede del Maggiore deve prevedere l'integrazione della logistica con ASS1	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Radioterapia	Costituisce azienda titolare per Burlo ed ASS2. Da definire relazioni di area vasta per facilitare l'accesso alle prestazioni	Da definire relazioni di coordinamento e integrazione con Udine e Pordenone
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria	Attività di UTIR e di riabilitazione pneumologica	Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Neurologia		Costituisce riferimento come stroke unit per ASS2 e definisce relazioni per l'accesso e la dimissione precoce
Dermatologia		Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Nefrologia e Dialisi		
Gastroenterologia		Accordi di collaborazione e protocolli con endoscopia digestiva di Monfalcone e Gorizia
Malattie infettive		
Cardiologia	Attività nelle 24 ore di emodinamica diagnostica ed interventistica Attività di riabilitazione cardiologica Funzione integrata con Cardiologia ASS1 e IRCCS Burlo G.	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Endocrinologia		Riferimento per Monfalcone e Gorizia
Reumatologia		Riferimento per Monfalcone e Gorizia
Diabetologia	Attività integrata con ASS1	Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Immunologia Clinica		
Medicina del lavoro	Funzione di riferimento regionale per le malattie professionali	
Diagnosi e cura psichiatrica	Riferimento per ASS2 in base a protocolli concordati per eventuali TSO ospedalieri Attività svolta da DSM ASS1	

### Azienda ospedaliera universitaria di Trieste (segue)

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Chirurgia		
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Urologia		
Chirurgia maxillo facciale/ Odontostomatologia		Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Oculistica		Integrazione con IRCCS Burlo G. Relazioni con ASS1 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Otorinolaringoiatria		Integrazione con IRCCS Burlo G.
Neurochirurgia	Costituisce riferimento regionale Da attivare relazioni di area vasta per facilitare l'accesso alle prestazioni	Da definire relazioni di coordinamento e integrazione con Udine
Cardiochirurgia	Costituisce riferimento regionale Relazioni di Area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta	Da definire relazioni di coordinamento e integrazione con Udine e Pordenone.
Chirurgia toracica		
Chirurgia vascolare		
Chirurgia plastica	Sviluppa funzioni di riferimento regionale in integrazione con AOUUD	
Pronto soccorso e Medicina d'emergenza	Definisce relazioni e protocolli per il trattamento appropriato dei traumi gravi con AOUUD	Attivazione di Centro prime cure integrato con ASS1 al Maggiore
Anestesia e rianimazione Terapia intensiva	Svolge funzione di riferimento regionale per la Camera iperbarica	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Medicina nucleare	Attivate relazioni con ASS2 per garantire continuità durante tutto l'anno per l'attività di Medicina Nucleare	

### Azienda ospedaliera universitaria di Trieste (segue)

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Laboratorio analisi	Individuata come Azienda titolare della funzione per ASS1, Cattinara, Maggiore e Burlo Garantisce prestazioni in urgenza in tutte le sedi, unifica le linee produttive, acquisisce la gestione del personale	Sviluppo di relazioni con Laboratorio analisi dell'ASS2 e con Burlo G. per la Microbiologia e per funzioni specialistiche
Medicina trasfusionale	Individuata come azienda coordinatrice per l'area vasta. Costituisce dipartimento verticale di area vasta Riferimento di AV per la tipizzazione ed analisi della compatibilità tissutale per il registro dei donatori a fini di trapianto	
Anatomia patologica	Individuata come Azienda titolare della funzione per ASS1, Cattinara, Maggiore, Burlo ed ASS2 Garantisce prestazioni programmate in tutte le sedi, unifica le linee produttive, acquisisce la gestione del personale . Riorganizzazione dipartimentale interna delle strutture operative tenendo conto della specificità della funzione di citopatologia svolta per il Burlo	
Microbiologia	L'attività svolta viene programmata in coordinamento con Burlo G. che viene individuato come azienda coordinatrice per l'area vasta.	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico	Accordi per l'integrazione con Burlo
Bioingegneria		
Fisica sanitaria		
Direzione sanitaria		

## Ospedale di Monfalcone

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOUTS ed il supporto della neurologia di Gorizia	Relazioni con AOUTS per accoglimento precoce dei residenti locali e per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOUTS per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Degenze in ambito dipartimentale	Relazioni con AOUTS e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Svolge anche riabilitazione cardiologia Risorse assistenziali e spazi per la degenza in comune con Terapia intensiva	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con Gorizia	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Diabetologia	Attività ambulatoriale integrata con il Distretto	
Nefrologia e Dialisi	Funzione integrata con Gorizia	
Chirurgia		Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Oculistica	Degenze in Dipartimento chirurgico	
Otorinolaringoiatria	Degenze in Dipartimento chirurgico	
Ostetricia e ginecologia	Funzione integrata con Gorizia	Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Pediatria	Sviluppo di nuovi modelli organizzativi per la degenza notturna nell'ambito dell'azienda Funzione integrata con Gorizia	Protocolli operativi di area vasta (neonatologia)

**Ospedale di Monfalcone (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Pronto soccorso	Risorse in comune con soccorso territoriale	
Anestesia e rianimazione Terapia intensiva	Risorse assistenziali e spazi per la degenza in comune con Cardiologia (unità coronarica)	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Garantita l'esecuzione degli esami in emergenza, la funzione di riferimento clinico per l'ospedale di Gorizia e la funzione complessiva per il territorio dell'ASS2	Sviluppo di relazioni con Laboratorio analisi dell'AOUTS e con Burlo G. per la Microbiologia e per le funzioni specialistiche
Medicina trasfusionale	Funzione svolta con specializzazione definita da AOUTS (azienda coordinatrice del Dipartimento interaziendale di area vasta)	
Anatomia patologica	Attività già svolta in collaborazione con AOUTS	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche a Gorizia	
Direzione sanitaria	Attività da integrare con Gorizia	

## Ospedale di Gorizia

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina		Relazioni con AOOTS per accoglimento precoce dei residenti locali e per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOOTS per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Degenze in ambito dipartimentale	Relazioni con AOOTS e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologia Risorse assistenziali e spazi per la degenza in comune con la Terapia intensiva nel nuovo ospedale	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con Monfalcone	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Neurologia	Degenze in Dipartimento medico	Da garantire standard assistenziali di neurologia per ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOOTS
Pneumologia	Attività ambulatoriale integrata con il Distretto	
Diabetologia	Attività ambulatoriale integrata con il Distretto	
Dermatologia	Attività ambulatoriale integrata con il Distretto	
Nefrologia e Dialisi	Funzione integrata con Monfalcone	
Chirurgia		Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Urologia	Degenze in Dipartimento chirurgico	
Odontostomatologia	Attività integrata nel dipartimento chirurgico	
Ostetricia e ginecologia	Funzione integrata con Monfalcone	Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico

## Ospedale di Gorizia (segue)

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Pediatria	Sviluppo di nuovi modelli organizzativi per la degenza notturna nell'ambito dell'azienda Funzione integrata con Monfalcone	Protocolli operativi di area vasta (neonatologia)
Pronto soccorso	Risorse in comune con soccorso territoriale	
Anestesia e rianimazione Terapia intensiva	Risorse assistenziali e spazi per la degenza in comune con Cardiologia (unità coronarica) nel nuovo ospedale	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa Attivazione di relazioni di collaborazione per dare continuità durante tutto l'anno all'attività di Medicina Nucleare presso la sede di Gorizia in funzione dei bisogni dei residenti
Laboratorio analisi	Garantita l'esecuzione degli esami in emergenza e la funzione di riferimento clinico per l'ospedale ed il territorio	
Medicina trasfusionale	Funzione svolta con specializzazione della produzione con AOOTS (azienda coordinatrice del Dipartimento verticale di area vasta). Funzione unica regionale per la certificazione delle unità di sangue e la tipizzazione eritrocitaria (previo studio di fattibilità)	
Anatomia patologica	Attività svolta da AOOTS Azienda titolare	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche a Monfalcone	
Direzione sanitaria	Attività da integrare con Monfalcone	
Psichiatria	Attività di consulenza svolta da DSM che definisce protocolli con SPDC di Trieste per eventuali TSO ospedalieri	Il CSM dell'Alto isontino presenta una strutturazione delle degenze sulle 24 ore in grado di rispondere adeguatamente anche a situazioni di elevata complessità



### Ospedale unico Tolmezzo/Gemona sede di Tolmezzo

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOUUD ed il supporto della neurologia	Relazioni con AOUUD per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOUUD per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Da individuare formalmente ed amministrativamente i posti letto ed i ricoveri in ambito dipartimentale	Relazioni con AOUUD e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologica	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con Gemona	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Nefrologia e Dialisi	Funzione integrata con Gemona	
Chirurgia	Funzione integrata con Gemona	Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia	Funzione integrata con Gemona	Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Otorinolaringoiatria	Degenze in ambito dipartimentale	
Ostetricia e ginecologia	Funzione integrata con Gemona	Relazioni di area vasta per definire percorso nascita, parti a rischio e percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Pediatria	Funzione integrata con Gemona	Protocolli operativi di area vasta con la Neonatologia di Udine
Pronto soccorso Area dell'emergenza (ADE)	Funzione integrata con Gemona	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva
Anestesia e rianimazione	Funzione integrata con Gemona	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia	Funzione integrata con Gemona	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa

**Ospedale unico Tolmezzo/Gemona sede di Tolmezzo (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Laboratorio analisi	Sviluppa l'integrazione con ASS4 per razionalizzare l'attività a favore del territorio	Relazioni di area vasta per individuare una sede unica per l'esecuzione degli esami specialistici
Medicina trasfusionale	Funzione integrata nell'ambito del Dipartimento interaziendale di area vasta di cui è coordinatrice l'AOUUD	
Anatomia patologica	Attività erogata da AOUUD Azienda titolare	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche a Gemona	
Direzione sanitaria	Attività integrata con Gemona	

### Ospedale unico Tolmezzo/Gemona sede di Gemona

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Medicina	Funzione integrata con Tolmezzo	Relazioni con AOUUD per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare, integrata con Tolmezzo	Relazioni con AOUUD per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Funzione integrata con Tolmezzo	Relazioni con AOUUD e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Nefrologia e Dialisi	Funzione integrata con Tolmezzo	
Chirurgia	Funzione integrata con Tolmezzo	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Pronto soccorso, Area di emergenza	Funzione integrata con Tolmezzo	
Radiologia	Funzione integrata con Tolmezzo	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Sviluppa l'integrazione con ASS4 per razionalizzare l'attività a favore del territorio	Relazioni di area vasta per individuare una sede unica per l'esecuzione degli esami specialistici
Medicina trasfusionale	Funzione integrata nell'ambito del Dipartimento interaziendale di area vasta di cui è coordinatrice l'AOUUD	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche a Tolmezzo	
Direzione sanitaria	Funzione erogata da Tolmezzo	

**Rimangono collocate alcune funzioni dell'AOUUD in passato svolte dal Policlinico universitario a gestione diretta di Udine.**

## Azienda ospedaliero universitaria di Udine

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Medicina		
Post acuzie	Funzione da attivare	
Riabilitazione	Le strutture ospedaliero universitarie sono inserite nella sperimentazione con ASS4 IMFR Gervasutta che garantisce la continuità assistenziale tra le fasi acute e quelle di stabilizzazione utilizzando anche la sede di Gemona	Relazioni con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Oncologia (vedi nota alla fine della scheda)		Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Ematologia, Ematoncologia Centro trapianti	Costituisce riferimento regionale per i trapianti di midollo allogenici dell'adulto	Da definire relazioni di area vasta per facilitare l'accesso alle prestazioni Funzione di coordinamento trapianti per l'integrazione con Trieste e Pordenone
Radioterapia	Costituisce riferimento per ASS3, ASS4, ASS5,	Da definire relazioni di area vasta per facilitare l'accesso alle prestazioni Da definire relazioni di coordinamento e integrazione con Trieste e Pordenone
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria	Attività di UTIR e di riabilitazione pneumologica Relazioni con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base e la riabilitazione pneumologica	
Neurologia (vedi nota alla fine della scheda)	Costituisce riferimento come stroke unit per ASS3, ASS4, ASS5	Da definire relazioni per l'accesso e la dimissione precoce
Dermatologia (vedi nota alla fine della scheda)		Relazioni con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Nefrologia e Dialisi	riferimento regionale per i trapianti renali	
Gastroenterologia		Accordi di collaborazione e protocolli con endoscopia digestiva dell'ASS 3, 4 e 5
Malattie infettive		
Cardiologia	Attività nelle 24 ore di emodinamica diagnostica ed interventistica	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta Relazioni con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base e per l'attività di riabilitazione cardiologia
Endocrinologia		
Reumatologia	costituisce riferimento regionale	

### Azienda ospedaliera universitaria di Udine (segue)

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Diabetologia		Relazioni con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Farmacologia clinica e tossicologia		Costituisce riferimento regionale
Diagnosi e cura psichiatrica	Funzione svolta da DSM ASS 4	
Chirurgia	Riferimento regionale per i trapianti d'organo	
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Urologia (vedi nota alla fine della scheda)		Da definire relazioni di coordinamento e integrazione in ambito di Area vasta
Chirurgia maxillo facciale/ Odontostomatologia (vedi nota alla fine della scheda)		Relazioni con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base di odontostomatologia
Oculistica (vedi nota alla fine della scheda)	Azienda coordinatrice per ASS 3, 4 e 5	Integrazione con ASS4 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Otorinolaringoiatria (vedi nota alla fine della scheda)		
Neurochirurgia	Costituisce riferimento regionale	Da definire relazioni di coordinamento e integrazione con Trieste Da attivare relazioni di area vasta per facilitare l'accesso alle prestazioni
Cardiochirurgia, chirurgia toracica	Costituisce riferimento regionale	Relazioni di Area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta. Da definire relazioni di coordinamento e integrazione con Trieste e Pordenone.
Chirurgia vertebro midollare Unità spinale		
Chirurgia plastica centro ustioni (vedi nota alla fine della scheda)	Costituisce riferimento regionale Sviluppa funzioni di riferimento regionale in integrazione con AOUST	

### Azienda ospedaliera universitaria di Udine (segue)

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Chirurgia vascolare		
Ostetricia ginecologia		
Pediatria		
Patologia neonatale	Funzione di riferimento regionale assieme a IRCCS Burlo G.	
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza		
Centrale operativa 118 Elisoccorso	Funzione di riferimento regionale L'azienda configura un'organizzazione interna in grado di svolgere la funzione di Trauma center Definisce relazioni e protocolli per il trattamento appropriato dei traumi gravi con AOUST	
Anestesia e rianimazione Terapia intensiva		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Neuroradiologia		
Medicina nucleare	Svolge funzione di riferimento regionale per la PET	
Laboratorio analisi (vedi nota alla fine della scheda)		Definite relazioni di area vasta con ASS 3, 4, 5 per gli esami specialistici a più rara esecuzione
Medicina trasfusionale	Individuata come azienda coordinatrice per l'area vasta. Garantisce le attività per ASS 3, 4, 5. Dipartimento verticale di area vasta Riferimento di AV per la tipizzazione ed analisi della compatibilità tissutale per il registro dei donatori a fini di trapianto	
Anatomia patologica (vedi nota alla fine della scheda)	Individuata come Azienda titolare della funzione per ASS3, 4, 5. Garantisce prestazioni programmate in tutte le sedi Riorganizzazione dipartimentale interna	
Microbiologia (vedi nota alla fine della scheda)	Funzione integrata nel Dipartimento di medicina di laboratorio	
Virologia (vedi nota alla fine della scheda)	Funzione integrata nel Dipartimento di medicina di laboratorio Riferimento per l'area vasta	
Genetica	Funzione integrata nel Dipartimento di medicina di laboratorio Riferimento regionale per la citogenetica, la	

	diagnostica molecolare e la consulenza genetica del sistema neuromuscolare	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico	
Fisica sanitaria		
Direzione sanitaria		

**Nota alla fine della scheda: le funzioni specialistiche in oggetto vedono la compresenza di strutture ospedaliere ed universitarie omologhe, per le quali la programmazione locale deve configurare, di norma ed a regime, una collocazione unitaria fisico-logistica e una differenziazione delle attività o delle linee di lavoro e l'inserimento delle stesse all'interno di un unico dipartimento**

**Azienda ospedaliera universitaria di Udine (segue)**

## **Funzioni erogate a Cividale**

Medicina	
Riabilitazione	
Post acuzie	
Day Surgery	
Emodialisi	Erogata da ASS4
Pronto soccorso	
Laboratorio analisi	
Radiologia	
Direzione sanitaria	

L'ospedale di Cividale, sulla base dello studio di fattibilità già effettuato, con il 2006 avvia la prima fase di realizzazione per alcune funzioni (dialisi, stati vegetativi, RSA), proseguendo poi l'attuazione del Piano negli anni successivi, con l'attivazione di altri servizi (hospice) e, in accordo con l'Azienda ospedaliera universitaria di Udine, mantiene le attività decentrate per acuti tenendo conto anche del previsto riassetto edilizio.

### **IMFR Gervasutta Svolge funzioni di riferimento regionale come da Piano regionale della riabilitazione**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina fisica e riabilitativa	Funzione svolta in forma integrata con AOUUD nell'ambito della sperimentazione	
Unità spinale unipolare (USU)	Funzione svolta in forma integrata con AOUUD nell'ambito della sperimentazione Funzione di riferimento regionale	
Unità gravi cerebrolesioni acquisite (UGC)	Funzione di riferimento regionale	
Unità di riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite (URNA)	Funzione di riferimento regionale	
Terapie post intensive	Funzione svolta in forma integrata con AOUUD nell'ambito della sperimentazione	
Pneumologia/Riabilitazione		
Cardiologia riabilitativa		
Neurologia		
Radiologia	Attività integrata con S. Daniele	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Funzione svolta da S. Daniele	
Direzione sanitaria	Attività integrata con S. Daniele	



**IRCCS E. Medea La nostra famiglia funzioni di riferimento regionale come da Piano regionale della riabilitazione e Progetto obiettivo materno infantile**

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Unità per le gravi disabilità in età evolutiva (UDGE)	Funzione di riferimento regionale	Collocata all'interno dell'AOUUD Definizione di protocolli operativi con AOUUD, ASS4 Definizione di protocolli con tutte le ASS regionali con riferimento ai percorsi di accesso e di continuità assistenziale

## Ospedale di San Daniele del Friuli

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOUUD ed il supporto della neurologia	Relazioni con AOUUD per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOUUD per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Da individuare formalmente ed amministrativamente i posti letto ed i ricoveri in ambito dipartimentale	Relazioni con AOUUD e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologica	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia		Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Nefrologia e Dialisi	Svolge tutta l'attività nelle sedi decentrate dell'ASS4	
Chirurgia		Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Ostetricia e ginecologia		Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Pediatria		Protocolli operativi di area vasta con la neonatologia dell'AOUUD Sviluppo di nuovi modelli organizzativi per la degenza notturna nell'ambito dell'area vasta
Pronto soccorso Area dell'emergenza (ADE)		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva
Anestesia e rianimazione		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia	Attività integrata con IMFR Gervasutta, svolge attività all'ospedale di comunità di Codroipo	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa

### **Ospedale di San Daniele del Friuli (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Laboratorio analisi	Sviluppa l'integrazione con ASS3 per razionalizzare l'attività a favore del territorio	Relazioni di area vasta per individuare una sede unica per l'esecuzione degli esami specialistici
Medicina trasfusionale	Attività erogata nell'ambito del dipartimento verticale di medicina trasfusionale con AOUD azienda titolare	
Anatomia patologica	Attività erogata da AOUD, azienda titolare	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche in IMFR Gervasutta	
Direzione sanitaria	Attività da integrare con IMFR Gervasutta	
Psichiatria	Attività di consulenza svolta dal CSM che definisce protocolli con SPDC di Udine	

## Ospedale di Palmanova

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOUUD ed il supporto della neurologia	Relazioni con AOUUD per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOUUD per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Da individuare formalmente ed amministrativamente i posti letto ed i ricoveri in ambito dipartimentale	Relazioni con AOUUD e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologica	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con Latisana	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Nefrologia e Dialisi	Funzione integrata con Latisana	
Chirurgia		Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Oculistica	Funzione mantenuta con attività chirurgica ambulatoriale. AOUUD individuata come azienda coordinatrice di area vasta	
Ostetricia e ginecologia	Funzione integrata con Latisana	Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Pediatria	Attuazione della sperimentazione che prevede una degenza unica aziendale a Latisana	Protocolli operativi di area vasta con la neonatologia dell'AOUUD
Pronto soccorso Area dell'emergenza (ADE)		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva

**Ospedale di Palmanova (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Anestesia e rianimazione		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Ulteriore concentrazione e differenziazione delle linee produttive con Latisana	Relazioni di area vasta per individuare una sede unica per l'esecuzione degli esami specialistici
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione unica aziendale svolta anche a Latisana	
Medicina trasfusionale	Attività erogata nell'ambito del dipartimento verticale di medicina trasfusionale con AOUUD azienda titolare	
Anatomia patologica	Attività erogata da AOUUD Azienda titolare	
Direzione sanitaria	Attività da integrare con Latisana	

## Ospedale di Latisana

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOUUD ed il supporto della neurologia	Relazioni con AOUUD per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica (endocrinologia, reumatologia ecc.)
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOUUD per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Da individuare formalmente ed amministrativamente i posti letto ed i ricoveri in ambito dipartimentale	Relazioni con AOUUD e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologica	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con Palmanova	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Nefrologia e Dialisi	Funzione integrata con Palmanova	
Chirurgia		Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Otorinolaringoiatria	Degenze in ambito dipartimentale	
Ostetricia e ginecologia	Funzione integrata con Palmanova	Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Pediatria	Attuazione della sperimentazione della degenza unica aziendale integrata con Palmanova	Protocolli operativi di area vasta con la neonatologia dell'AOUUD
Pronto soccorso Area dell'emergenza (ADE)		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva
Anestesia e rianimazione		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa

**Ospedale di Latisana (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Laboratorio analisi	Garantita l'esecuzione degli esami in emergenza e la funzione di riferimento clinico per l'ospedale ed il territorio	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione unica aziendale svolta anche a Palmanova	
Anatomia patologica	Attività erogata da AOUUD Azienda titolare	
Medicina trasfusionale	Attività erogata nell'ambito del dipartimento verticale di medicina trasfusionale di cui l'AOUUD è azienda titolare	
Direzione sanitaria	Attività da integrare con Palmanova	

## Azienda ospedaliera di Pordenone

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina		Svolge funzioni di riferimento per l'Area vasta per la Reumatologia e l'Endocrinologia
Post acuzie	Funzione da attivare	
Riabilitazione	Funzione da attivare	Relazioni con ASS6 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Oncologia		Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Radioterapia	Funzione svolta da CRO Aviano (Azienda titolare)	
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria	Attività di riabilitazione pneumologica	Relazioni con ASS6 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Neurologia	Da attivare Stroke unit ed acquisire riferimento per l'ASS6 con relazioni per l'accesso e la dimissione precoce	
Dermatologia		Relazioni con ASS6 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Nefrologia e Dialisi	Funzione svolta per tutta l'AV dell'ASS6 (A.titolare)	
Gastroenterologia		Accordi di collaborazione e protocolli con endoscopia digestiva del CRO Aviano e dell'ASS6
Cardiologia	Attività nelle 24 ore di emodinamica diagnostica ed interventistica Svolge funzioni di emodinamica Attività di riabilitazione cardiologica	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta e per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Diabetologia		Relazioni con ASS6 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base
Diagnosi e cura psichiatrica	Funzione svolta da DSM ASS 6 (Azienda titolare)	
Chirurgia		
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Chirurgia della mano e microchirurgia	Funzione di riferimento regionale	
Urologia		Azienda titolare di area vasta
Odontostomatologia Chirurgia maxillo facciale		Relazioni con ASS6 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base di odontostomatologia
Oculistica		Azienda titolare di area vasta Integrazione con ASS6 per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale di base



### Azienda ospedaliera di Pordenone (segue)

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Otorinolaringoiatria		Azienda coordinatrice di area vasta
Ostetricia ginecologia e Banca del seme		Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, i parti a rischio ed i percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Pediatria		Sviluppo con S. Vito di nuovi modelli organizzativi per la degenza notturna nell'ambito dell'area vasta
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza		
Anestesia e rianimazione Terapia intensiva		Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia		Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Medicina nucleare	Funzione integrata con CRO Aviano	
Laboratorio analisi e Citogenetica	Azienda titolare di funzione per l'ASS6, compresa allergologia ed immunologia clinica garantisce le prestazioni per il territorio e le funzioni di urgenza per gli ospedali. Azienda coordinatrice con CRO Aviano con cui definisce ed attua un progetto per razionalizzare e differenziare le linee produttive	
Medicina trasfusionale	Individuata come azienda coordinatrice del Dipartimento verticale interaziendale per l'area vasta. Garantisce le attività per ASS 6 Definisce ed attua un progetto con CRO Aviano per razionalizzare e differenziare le linee produttive Riferimento di AV per la tipizzazione ed analisi della compatibilità tissutale per il registro dei donatori a fini di trapianto	
Anatomia patologica	Garantisce l'attività per ASS6 Definisce ed attua un progetto di razionalizzazione e differenziazione delle linee produttive con il CRO di Aviano, Azienda coordinatrice della funzione.	

**Azienda ospedaliera di Pordenone (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Microbiologia/Virologia	Definisce ed attua un progetto di razionalizzazione e differenziazione delle linee produttive con il CRO di Aviano, Azienda coordinatrice della funzione	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico	
Fisica sanitaria	Funzione svolta da CRO Aviano (Azienda titolare)	
Direzione sanitaria		

**Funzioni erogate a Sacile**

Medicina	
Riabilitazione	
Post acuzie	
Day Surgery	
Emodialisi	
Pronto soccorso	12 h
Laboratorio analisi	
Radiologia	
Medicina trasfusionale (unità di raccolta)	
Farmacia	
Direzione sanitaria	

## IRCCS CRO Aviano - Svolge funzioni di riferimento regionale per l'oncologia come da Piano regionale oncologico

Funzione	Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio	Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio
Oncologia medica	Svolge anche funzioni di oncoematologia e di trapianto autologo di midollo ai fini della ricerca oncologica clinica e di laboratorio	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Radioterapia	Funzione svolta anche per AOPN (Azienda titolare) Funzione di riferimento regionale per le terapie avanzate quali la tomoterapia. La funzione di riferimento è svolta in stretto coordinamento con le altre sedi regionali. Su tali attività svolge anche, in accordo con l'Università, funzione di formazione sul campo.	
Cardiologia		Funzione integrata con AOPN
Malattie infettive	Relativamente all'AIDS e altre patologie virali associate a tumori	
Oncologia chirurgica generale e ginecologica	Riferimento regionale per il trattamento innovativo di malattie rare e di natura genetica e IORT mammaria	Da definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Anestesia . rianimazione Terapia intensiva		
Medicina nucleare	Funzione integrata con AOPN	
Laboratorio analisi	Definisce ed attua un progetto di razionalizzazione e differenziazione delle linee produttive con AOPN che rispetto al CRO viene individuata come azienda coordinatrice della funzione	
Medicina Trasfusionale	Definisce ed attua un progetto di razionalizzazione e differenziazione delle linee produttive con AOPN che viene individuata come azienda coordinatrice del Dipartimento verticale interaziendale per area vasta Riferimento per la diagnostica e la tipizzazione oncoematologica	
Anatomia patologica	Individuata come azienda coordinatrice per l'area vasta. Definisce ed attua un progetto con AOPN per razionalizzare e differenziare le linee produttive	

**IRCCS CRO Aviano (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Microbiologia	Individuata come azienda coordinatrice per l'area vasta. Definisce ed attua un progetto con AOPN per razionalizzare e differenziare le linee produttive	
Radiologia		Approccio di A.V per la gestione delle liste di attesa
Fisica sanitaria	Funzione svolta anche per AOPN (azienda titolare)	
Oncologia sperimentale	Funzione di riferimento regionale	
Epidemiologia	Funzione di riferimento regionale per registro tumori, oncologia, AIDS	
Direzione sanitaria		

## Ospedale di San Vito al Tagliamento

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOPN (una volta attivata) ed il supporto della neurologia.	Protocolli con AOPN per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica
Post acuzie	Funzione da attivare	Relazioni con AOPN per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Funzione integrata con Spilimbergo Degenze in ambito dipartimentale	Relazioni con AOPN e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologia Funzione integrata con Spilimbergo	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con Spilimbergo	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Nefrologia e Dialisi	Funzione erogata da AOPN Azienda titolare	
Chirurgia		Relazioni di area vasta per definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Otorinolaringoiatria	AOPN individuata come azienda coordinatrice di area vasta	
Ostetricia e ginecologia	Funzione integrata con Spilimbergo	Relazioni di area vasta per definire il percorso nascita, parti a rischio e percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Oculistica	Funzione ambulatoriale	
Pediatria	Sviluppo di nuovi modelli organizzativi per la degenza notturna nell'ambito dell'area vasta	Protocolli operativi per la neonatologia
Pronto soccorso Area dell'emergenza (ADE)	Funzione integrata con Spilimbergo	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva

**Ospedale di San Vito al Tagliamento (segue)**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Anestesia e rianimazione	Funzione integrata con Spilimbergo	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia	Funzione integrata con Spilimbergo	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Funzione erogata da AOPN Azienda titolare Garantita l'esecuzione degli esami in emergenza e la funzione di riferimento clinico per l'ospedale ed il territorio	
Medicina trasfusionale	Funzione integrata nell'ambito del Dipartimento verticale interaziendale di cui coordinatrice è l'AOPN	
Anatomia patologica	Funzione svolta da AOPN con CRO Aviano azienda coordinatrice	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche a Spilimbergo	
Direzione sanitaria	Funzione integrata con Spilimbergo	

### Ospedale di Maniago/Spilimbergo sede di Spilimbergo

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Da garantire standard assistenziali per l'ictus cerebrale tramite rapporti con la stroke unit dell'AOPN (una volta attivata) ed il supporto della neurologia.	Protocolli con AOPN per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica
Post acuzie	Funzione da attivare	Protocolli con AOPN per accoglimento precoce residenti locali
Riabilitazione	Funzione integrata con San Vito, degenze in ambito dipartimentale	Protocollo con AOPN e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Cardiologia	Da sviluppare la riabilitazione cardiologia Funzione integrata con San Vito	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali nella gestione della fase coronarica acuta
Oncologia	Funzione integrata con San Vito	Relazioni di area vasta per garantire standard assistenziali omogenei per i tumori del polmone, mammella e colon retto e per i trattamenti multidisciplinari
Nefrologia e Dialisi	Funzione erogata da AOPN Azienda titolare	
Chirurgia		Da definire percorsi diagnostico terapeutici per la chirurgia oncologica che richiede approccio multispecialistico
Ortopedia traumatologia		Relazioni di area vasta per omogeneizzare i tempi di attesa e per gestire la traumatologia versus l'elezione
Pronto soccorso Area dell'emergenza (ADE)	Funzione integrata con San Vito	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva
Anestesia e rianimazione	Funzione integrata con San Vito	Relazioni di area vasta per l'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva
Radiologia	Funzione integrata con San Vito	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Funzione erogata da AOPN Azienda titolare Garantita l'esecuzione degli esami in urgenza e la funzione di riferimento clinico per l'ospedale ed il territorio	
Medicina trasfusionale	Funzione integrata nell'ambito del Dipartimento verticale interaziendale di cui coordinatrice è l'AOPN	
Anatomia patologica	Funzione svolta da AOPN con CRO Aviano azienda coordinatrice	
Farmacia	Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico Funzione aziendale svolta anche a San Vito	
Direzione sanitaria	Funzione integrata con San Vito	

**Ospedale di Maniago/Spilimbergo sede di Maniago**

<b>Funzione</b>	<b>Indicazioni vincolanti della programmazione regionale da attuare nel triennio</b>	<b>Indirizzi di sviluppo per la Conferenza di area vasta al fine di definire le priorità di intervento nel triennio</b>
Medicina	Funzione integrata con Spilimbergo	Protocolli con AOPN per l'accesso alle funzioni specialistiche di area medica
Riabilitazione	Funzione integrata con RSA distrettuale	Protocollo con AOPN e IMFR Gervasutta per accoglimento precoce residenti locali
Nefrologia e Dialisi	Funzione erogata da AOPN Azienda titolare	
Pronto soccorso	Funzione integrata con Spilimbergo	
Radiologia	Funzione integrata con Spilimbergo	Approccio di area vasta per la gestione delle liste di attesa
Laboratorio analisi	Garantita da AOPN (Azienda titolare) l'esecuzione degli esami in emergenza (anche con Point of care) e la funzione di riferimento clinico per l'ospedale ed il territorio	
Medicina trasfusionale	Funzione integrata nell'ambito del dipartimento verticale interaziendale di area vasta di cui è coordinatrice AOPN	
Farmacia	Funzione aziendale svolta anche a S. Vito e Spilimbergo Garantisce l'erogazione diretta del I ciclo terapeutico	
Direzione sanitaria	Funzione integrata con Spilimbergo	

**In funzione dello sviluppo dell'assistenza territoriale e residenziale (RSA), dell'attivazione del soccorso territoriale medicalizzato e dell'attivazione dell'Ospedale di Comunità, nel triennio dovrà essere predisposto un progetto specifico per l'integrazione delle attività ospedaliere con quelle territoriali.**



## Case di cura private che sono già temporaneamente accreditate

### Casa di cura Salus Trieste

Funzione
Chirurgia
Medicina
Oculistica
Ortopedia
Ostetricia ginecologia
Otorinolaringoiatria

### Casa di cura S. Giorgio Pordenone

Funzione
Chirurgia
Dermatologia
Medicina
Ortopedia
Ostetricia ginecologia
Otorinolaringoiatria

### Casa di cura Pineta del Carso

Funzione
Pneumologia
Riabilitazione

### Casa di cura Sanatorio Trieste

Funzione
Chirurgia
Medicina
Oculistica
Ortopedia
Ostetricia ginecologia

### Casa di cura Città di Udine

Funzione
Chirurgia/Urologia
Medicina
Ortopedia
Ostetricia ginecologia
Otorinolaringoiatria