

Premesso che la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), dispone, all'art. 1, comma 796, lettera o). "(...) le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate";

Visto il documento "Note sulle disposizioni inerenti l'accreditamento contenute nel Patto per la salute (Intesa in Conferenza Stato – Regioni del 28.9.2006) e nella Legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007)", contenente la sintesi delle valutazioni sulle modalità di applicazione della disposizione su richiamata, formulate nell'ambito del "Tavolo permanente di discussione e confronto sui temi della qualità e dell'accreditamento", istituito presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, nel corso della riunione tenutasi il 24.1.2007;

Vista la D.G.R. n. 907, del 5.5.2006, "Piano strategico regionale 2005/2008 – Piano triennale regionale 2006/2008. Revisione annuale";

Rilevato che il "Piano triennale", adottato con la precitata D.G.R. n. 907/2006, prevede la ridefinizione del servizio sanitario regionale e dell'assetto delle aziende sanitarie con lo scopo di assicurare maggiore efficacia, efficienza e qualità;

Atteso che il "Piano sanitario e socio – sanitario regionale 2006 – 2008", adottato con D.G.R. n. 2843, del 24.11.2006, prevede la realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari di cui fanno parte anche soggetti erogatori privati, già temporaneamente accreditati, organizzata per funzione e per area vasta;

Considerato che le "Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2007", adottate con D.G.R. n. 3163, del 22.12.2006, riconoscono la valenza strategica del sistema informativo socio sanitario regionale, quale insieme di strumenti a supporto di una efficiente gestione del servizio sanitario regionale e individuano le azioni prioritarie da realizzare nell'anno di riferimento;

Viste:

- la D.G.R. n. 2831, del 28.10.2005, "Lr 8/2001, art. 5 – Approvazione definitiva requisiti e procedura inerenti all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie eroganti prestazioni di medicina di laboratorio e diagnostica per immagini. Definizione fabbisogno di prestazioni di diagnostica per immagini";
- la D.G.R. n. 106, del 26.1.2007, "L 40/2004 – LR 8/2001 – Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private eroganti prestazioni di procreazione medicalmente assistita – Approvazione in via provvisoria requisiti e procedura";
- la D.G.R. n. 168, del 2.2.2007, "DLGS 191/2005 – LR 8/2001 – approvazione definitiva requisiti e procedura inerenti all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche eroganti prestazioni di medicina trasfusionale";

Considerato che gli anzidetti provvedimenti definiscono gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici, necessari ai fini dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private;

Atteso che la D.G.R. n. 1508, del 30.6.2006, "LR 49/96, art. 20 – Approvazione della programmazione annuale del Servizio sanitario regionale", contiene, all'allegato 2, "Profilo area sanitaria", la descrizione degli obiettivi operativi di tipo organizzativo, individuati dalle aziende sanitarie, relativi, in particolare, alle riorganizzazioni ospedaliere in funzione di quanto previsto nel Piano sanitario e socio sanitario rispetto alle aree vaste;

Viste:

- la D.G.R. n. 288, del 16.2.2007, "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006 – 2008. Adeguamento alle linee guida del Comitato permanente per la verifica dei LEA";
- la D.G.R. n. 289, del 16.2.2007, "DGR 1508/2006: Commissione mista prevista dall'Accordo tra la Regione e le Associazioni AIOP e ANISAP dd 17.3.2006.

Costituzione”;

Atteso che le indicazioni contenute nei su menzionati documenti di pianificazione strategica e di programmazione regionale costituiscono un coerente riferimento per l'elaborazione del Piano di riorganizzazione su menzionato;

Considerato che il contenuto del documento “Riferimenti per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio”, elaborato dalla Direzione centrale salute e protezione sociale e dall'Agenzia regionale della sanità, risulta coerente con la disposizione dell'anzidetto art. 1, comma 796, lettera o), della legge n. 296/2006, nonché con le previsioni dei precitati documenti di pianificazione strategica e di programmazione regionale;

Ritenuto, pertanto, di approvare il su menzionato documento, facente parte integrante del presente provvedimento;

Visti:

la L. R. n. 49/1996, e successive modifiche;

la L. R. n. 37/1995, e successive modifiche;

il D. Lgs. n. 502/1992, e successive modifiche;

la L. R. n. 8/2001, e successive modifiche;

la L. R. n. 23/2004, e successive modifiche;

Su proposta dell'Assessore alla salute ed alla protezione sociale,

La Giunta regionale all'unanimità

Delibera

1. Ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), è approvato il documento “Riferimenti per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio”, facente parte integrante della presente deliberazione.

Riferimenti per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.

1. Introduzione

La legge 27 dicembre 2006, n. 296 (finanziaria 2007), prevede all'articolo uno, comma 796, lettera o), che *"le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate e eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerente con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate."*

Nella regione Friuli Venezia Giulia, la previsione della norma su menzionata trova già riscontro nei seguenti atti di programmazione regionale:

- piano strategico regionale 2005-2008, adottato con D.G.R. n. 907, del 5.5.2006;
- piano triennale 2006 – 2008, adottato con D.G.R. n. 907, del 5.5.2006;
- piano sanitario e socio sanitario 2006 – 2008, adottato con D.G.R. n. 2843, del 24.11.2006;
- linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2007, adottate con D.G.R. n. 3163, del 22.12.2006;
- programmazione annuale del Servizio sanitario regionale per il 2006, approvata con D.G.R. n. 1508, del 30.6.2006;
- delibere di Giunta già adottate in materia di accreditamento istituzionale (D.G.R. n. 1705/2005 e D.G.R. n. 2831/2005, medicina di laboratorio e diagnostica per immagini; D.G.R. n. 106/2007, procreazione medicalmente assistita; D.G.R. n. 168/2007, medicina trasfusionale);
- delibera sul contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008 (D.G.R. n. 288, del 16.2.2007);
- delibera sulla costituzione della commissione mista i cui componenti sono rappresentanti delle Aziende sanitarie regionali, dell'Agenzia regionale della sanità, nonché delle associazioni AIOP ed ANISAP (D.G.R. n. 289, del 16.2.2007).

2. I riferimenti per la riorganizzazione

2.1 Strategia

A livello di Area vasta, i LEA vengono erogati avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASS, dalle 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, 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 per i servizi sanitari, 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 quanto meno la gestione delle risorse individuate dalla programmazione regionale ed assegnate alle ASS per le prestazioni erogate dai privati attualmente temporaneamente 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 i 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.

2.2 Le priorità per quanto riguarda le funzioni

Il piano triennale 2006 - 2008 all'azione A7 prevede la ridefinizione del servizio sanitario regionale e dell'assetto delle aziende sanitarie con lo scopo di assicurare maggiore efficacia, efficienza e qualità.

Le successive azioni C21, C22, C23, C24, C25, C26 e C37 prendono in considerazione gli aspetti connessi alla qualità dei servizi che si concretizzano in processi di autorizzazione e di accreditamento delle strutture pubbliche e delle strutture private.

Elementi di riorganizzazione relativi a prestazioni specialistiche e ad attività di medicina di laboratorio si riscontrano nel piano sanitario e socio sanitario 2006 2008, in particolare per quanto riguarda la revisione della rete ospedaliera.

Il citato piano sanitario e socio sanitario prevede che:

"il sistema ospedaliero regionale viene orientato alla costruzione di una rete integrata di servizi sanitari di cui fanno parte anche soggetti erogatori privati che sono già temporaneamente accreditati che è organizzata per funzione e per area vasta.

Con il triennio 2006 2008 il processo viene avviato dalla programmazione regionale e 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."

Il piano prevede l'individuazione di funzioni regionali uniche, bipolari e funzioni di base che sono presenti negli ospedali inseriti nelle ASS in quanto hanno un bacino di riferimento a livello distrettuale o sovradistrettuale.

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.

Il piano prevede che:

"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 (...).

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."

La rete ospedaliera è organizzata in tre aree vaste ed è previsto 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.

Gli interventi prioritari, inerenti ai laboratori analisi, per il triennio 2006 2008 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);
- sulla economicità (razionalizzazione sull'utilizzo delle apparecchiature, riduzione dei costi per manutenzioni, non leggi, 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.

Il piano sanitario e socio sanitario, sempre in tema di laboratori analisi, prevede che:

- "gli esami di base e in emergenza dovranno essere garantiti in ogni presidio ospedaliero perseguendo il costante raccordo tra clinico e laboratorista;
- la pianificazione regionale definisce a livello di area vasta le razionalizzazioni da perseguire che costituiscono un 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;

- 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).”

Le stesse tipologie di intervento sono previste anche per la microbiologia 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.

Il piano Sanitario e Sociosanitario fornisce indicazioni di dettaglio nei confronti delle singole aree vaste (azioni da intraprendere, responsabilità delle azioni stesse, tipo e grado di coinvolgimento delle diverse Aziende componenti l'area vasta) per quanto riguarda:

Area Vasta Giuliano Isontina:

laboratorio analisi, virologia/microbiologia, medicina trasfusionale, anatomia patologica.

Area Vasta Udinese:

laboratorio analisi, microbiologia/virologia, medicina trasfusionale, anatomia patologica, oculistica

Area Vasta Pordenonese:

laboratorio analisi, microbiologia, medicina trasfusionale, anatomia patologica, otorinolaringoiatria, nefrologia ed emodialisi.

Nella programmazione regionale i soggetti privati che sono già temporaneamente accreditati, 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.

2.3 Ulteriori ambiti di riorganizzazione

Il piano sanitario e socio sanitario prevede che, oltre alle azioni prioritarie appena descritte, le aziende possano sviluppare, secondo valutazioni interne e di area vasta, ulteriori interventi per mettere in relazione i nodi della rete ospedaliera su specifiche funzioni:

- oncologia e chirurgia oncologica;
- cardiologia e cardiocirurgia;
- ortopedia e traumatologia;
- aree di emergenza e terapie intensive.

2.4 Sistemi informativi

Le linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2007 riconoscono la valenza strategica del sistema informativo socio sanitario regionale quale insieme di strumenti a supporto di una efficiente gestione del servizio sanitario regionale.

Le azioni programmate per il 2007 considerano le seguenti priorità:

- completamento degli interventi di informatizzazione degli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali.

Azioni previste: attivare il referto digitale; attivare il modulo di prescrizione on line integrato in G2 clinico negli ambulatori/reparti; attivare il modulo di piano terapeutico e prescrizione on line, integrato in G2 clinico, negli ambulatori/reparti per il primo ciclo ospedaliero;

- completamento degli interventi di sviluppo sul sistema informativo ospedaliero e degli interventi di informatizzazione delle procedure di reparto.

Azioni previste: passaggio (tecnologico ed organizzativo) da mainframe a G2 per accettazione ospedaliera e reparti, con conseguente ricaduta sulla razionalizzazione dei processi (ad es. la SDO); avviamento delle procedure amministrative G2 come elemento propedeutico all'introduzione ed avviamento del nuovo laboratorio analisi;

- completamento del progetto di CUP regionale.

Azioni previste: avviamento del dizionario unico regionale e delle procedure condivise di gestione delle agende; coinvolgimento delle direzioni sanitarie ed ospedaliere attraverso i referenti CUP;

- G2 - Centro prelievi.

Azioni: interfaccia amministrativa unica per tutta la specialistica ambulatoriale; dizionario unico regionale (in coerenza con il progetto CUP regionale);

- completamento del sistema informativo per la medicina del lavoro.

Azioni: adottare e/o completare il progetto avviato nel 2006;

- messa in rete delle strutture residenziali per anziani.

Azioni: presa in carico degli aspetti di conduzione tecnica; messa a punto dei progetti di scambio informativo e servizi utilizzando le procedure del SISR;

- completamento dell'interscambio informativo con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) all'interno del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale (SISSR).

3. Programmi di automazione

3.1 Laboratori e Centri prelievo.

Le linee guida adottate nella gestione informatizzata dei laboratori d'analisi della regione si sono sviluppate secondo due direttrici che affrontano l'iter della richiesta sia dal punto di vista delle procedure pre-analitiche (accettazione amministrativa, distribuzione ed invio dei campioni al laboratorio) sia sul lato dell'attività diagnostica. Le due componenti si caratterizzano per una forte integrazione tra di loro: sono, infatti, in grado di dialogare secondo standard tecnologici avanzati (HL7), consentendo una bidirezionalità di scambio informativo che mantiene costantemente allineate tra di loro la funzione amministrativa di registrazione delle richieste con le prestazioni effettivamente erogate.

a) Laboratorio Analisi

Il Sistema Informativo di Laboratorio (SIL) adottato in FVG si caratterizza per un'estrema flessibilità: esso è in grado di adattare la propria configurazione in modo da permettere una gestione integrata di più laboratori, siano essi appartenenti ad una stessa Azienda oppure ad Aziende diverse (ad esempio in area vasta), in un contesto in cui l'esecuzione degli esami richiesti per un paziente è distribuito tra più laboratori. E' inoltre assicurata, in ogni fase dell'attività del laboratorio, la visibilità e la gestibilità in forma unitaria di tutti gli esami della richiesta del paziente, indipendentemente da quale laboratorio abbia in carico la loro esecuzione.

L'architettura del SIL permette di operare in realtà complesse in cui:

- sono presenti più Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, tra loro cooperanti, in particolare nel settore delle prestazioni di laboratorio, per l'attività di esecuzioni di esami ad alta specializzazione o costo;
- in una singola Azienda sono presenti più strutture ospedaliere e più laboratori;

- le strutture da cui provengono i flussi di richieste di esami di laboratorio sono in parte interne agli ospedali (reparti, ambulatori), in parte distribuite sul territorio (distretti, ambulatori di prelievo) anche in un'area vasta, comprendente anche più Aziende Sanitarie;
- le Aziende hanno strutture di laboratorio talvolta articolate in settori di competenza, che, per le diversità del processo di lavoro, per ragioni logistiche od altro, hanno ciascuna l'esigenza di organizzare il proprio ciclo interno di lavoro in modo autonomo;
- è richiesto di portare le informazioni prodotte dal laboratorio più vicino all'utente finale, paziente, reparto, ambulatorio, medico di base;

Le procedure del SIL, seppur operanti in modo autonomo, si integrano con i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (Anagrafe sanitaria, Accettazione ospedaliera, Gestore di reparto, Repository referti, Sistema di Gestione dei Servizi Immuno-trasfusionali, Sistemi aziendali di governo, Osservatorio epidemiologico regionale).

Ad un livello di maggior dettaglio, il sistema può operare in un contesto in cui:

- il SIL automatizza più laboratori, che l'Azienda o le Aziende intendono gestire in modo integrato;
- i laboratori da gestire hanno sede presso località tra loro distanti, ciascuna sede è dotata di una rete di comunicazione LAN e le sedi sono collegate tra loro in rete geografica;
- il SIL dell'Azienda Sanitaria si comporta, dal punto di vista delle funzionalità offerte e dell'accessibilità ai dati gestiti, come un unico sistema.

A tal fine il SIL opera nel rispetto dei seguenti requisiti:

- i laboratori di un'Azienda operano su un'unica base informativa dei dati anagrafici dei pazienti, delle richieste di esame, dei risultati, dei referti storicizzati, dei parametri di configurazione del sistema e di configurazione del software applicativo;
- ciascuno dei laboratori può caratterizzare sulle tabelle del SIL in modo diverso lo stesso esame, in accordo con le proprie specifiche esigenze: tutti i programmi del SIL tengono conto di questo fatto, in ogni fase operativa;

- ciascuno dei laboratori può definire, configurando opportunamente i parametri del sistema, organizzazioni diversificate del lavoro che prevedono, ad esempio, piani di lavoro specifici per ciascuno dei laboratori, e specifici formati di stampa dei referti;
- i campioni da analizzare da parte di ciascun laboratorio sono elencati in piani di lavoro specifici: i piani di lavoro riporteranno gli esami sul campione a carico dello specifico laboratorio, ogni piano di lavoro può venir spostato, in caso di necessità specifiche, da un laboratorio ad un altro;
- i criteri secondo cui l'esecuzione degli esami è assegnata ai diversi laboratori possono essere definiti in tabelle di parametri, configurabili dall'utente:
 - per struttura di provenienza della richiesta di esame, qualificabile attraverso più livelli di aggregazione
 - per regime di esecuzione degli esami: routine /urgenza/emergenza;
- ad ogni operatore abilitato a consultare i dati dei referti dell'archivio del laboratorio può essere presentato l'intero referto, cioè completo di tutti gli esami, indipendentemente da quale laboratorio abbia in carico l'iter di esecuzione degli esami, ma nel rispetto delle abilitazioni di accesso possedute dall'operatore stesso.

La stampa dei referti, con i dati prodotti dai diversi laboratori gestiti dal SIL, potrà essere eseguita, su scelta dell'Azienda Sanitaria, nei seguenti modi, selezionabili dall'operatore all'atto della richiesta di stampa:

- producendo referti separati per i singoli laboratori di esecuzione;
- producendo un unico referto che contiene tutti gli esami richiesti per il paziente;
- producendo referti che contengono esami eseguiti in laboratori distinti. Gli esami da riportare in tali referti sono definibili in opportune anagrafi.

b) Centro Prelievi

La fase d'accettazione delle richieste viene gestita dall'applicazione "Centro Prelievi", componente integrata nel sistema più ampio di gestione della specialistica ambulatoriale ed in questo contesto rientra nel progetto più generale che prevede la definizione e la realizzazione di un sistema unico in cui le aziende sanitarie renderanno visibile la propria

offerta di prestazioni su scala regionale. Per conseguire tale obiettivo, è stato definito un dizionario unico delle prestazioni di diagnostica di laboratorio che costituisce un'insieme di voci in grado di uniformare sia le modalità di invio delle richieste (interne ed esterne) di esami che l'accettazione delle richieste stesse. Il sistema inoltre è in grado di supportare una rete di centri di prelievo territoriali e di smistare i materiali su laboratori diversi: a tale scopo vanno individuate modalità operative (ad es., la numerazione per campione) in grado di garantire la completa tracciabilità dei prelievi.

c) Requisiti organizzativi dei laboratori individuati per il triennio 2006 – 2008

Alla luce delle progettualità esistenti e degli stati di avanzamento degli accordi tra le strutture eroganti prestazioni di medicina di laboratorio, all'interno delle aree vaste della Regione, si può individuare una prima serie di requisiti di carattere organizzativo, di seguito elencata, a cui tendere nell'arco del triennio 2006 – 2008.

1. *Fase pre analitica:*

- revisione ed adozione dei modelli di accettazione e prenotazione all'interno dell'unità operativa per l'utilizzo di un sistema di CUP unico regionale;
- adozione condivisa a livello regionale di una classificazione delle prestazioni per area diagnostica e per complessità/specialità, che preveda la descrizione della distribuzione delle attività diagnostiche all'interno della rete delle strutture eroganti prestazioni di Medicina di Laboratorio;
- adozione e valutazione periodica di qualità di sistemi di trasferimento dei campioni tra laboratori;
- accettazione del paziente in qualunque punto della rete della struttura, anche per esami che vengono eseguiti in altre sedi (spostamento del campione e non del paziente);
- attivazione di punti prelievo maggiormente integrati con le attività distrettuali (ad es. ambulatori infermieristici territoriali e/o volontariato 'strutturato');

2. *Fase analitica:*

- progressivo incremento dell'utilizzo di sistemi robotizzati per l'esecuzione degli esami.

3. *Fase post analitica.*

- revisione della modalità di distribuzione dei referti con adozione di una procedura standardizzata che contempli anche le possibilità di invio a domicilio dei referti e/o di accesso ad essi tramite WEB;

- messa a regime del sistema di archiviazione dei referti, con accessibilità on line alla storia clinica del paziente.

3.2 Ulteriori progetti di automazione.

Oltre alle azioni già previste per quanto riguarda l'implementazione dei sistemi informativi, che hanno una ricaduta evidente sui processi di automazione dei servizi, di cui al paragrafo 1.3 del presente documento, è in fase di proposizione il progetto sul PACS regionale: archiviazione e comunicazione di bioimmagini.

L'esperienza già esistente in Regione, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste, connette e copre tutte le sedi sia per la Radiodiagnostica sia per altre discipline (Cardiologia, Medicina Nucleare, Gastroenterologia ecc.). Tale sistema ha anche la potenzialità di comunicare direttamente con i Medici di Medicina Generale.

L'automazione riguarda tutte le fasi: dall'esame, alla refertazione, alla distribuzione di immagine+referto, all'archiviazione a breve, medio-lungo periodo.

4 I rapporti pubblico/privato

4.1 Ruolo dei soggetti privati nella realizzazione della strategia

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, gli indicatori di performance e gli stessi meccanismi di sanzioni - premio.

4.2 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 in alcune attività di assistenza territoriale.

Si prevede la necessità che la programmazione e la pianificazione siano concordate a livello regionale, con un tetto unico per soggetto erogatore 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.

4.3 Ruolo delle Associazioni di categoria

La DGR n. 289 del 16/02/2007 costituisce la Commissione Mista in conformità all'accordo del 17 Marzo 2006 intervenuto tra l'Assessore regionale alla salute e protezione sociale, il Presidente AIOP ed il Presidente ANISAP.

I componenti di tale Commissione sono rappresentanti delle Aziende sanitarie regionali, dell'Agenzia regionale della sanità, nonché delle associazioni AIOP ed ANISAP.

La Commissione ha il compito di effettuare un monitoraggio periodico al fine di cogliere precocemente le criticità di domanda e 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 prevista in relazione allo sviluppo dell'offerta in termini di nuove attività.

Essa dovrà, inoltre, affrontare e risolvere situazioni di non conformità, mancati accordi, rispetto degli accordi generali, criticità locali (verifiche su prestazioni, codifiche, appropriatezza ecc.).

5. 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 tener 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) e 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 le strutture private, attualmente temporaneamente accreditate, siano parte integrante dell'offerta del CUP unico regionale, che sarà sviluppato nel triennio 2006 - 2008, in quanto parte dell'offerta complessiva regionale programmata per dare risposta alla domanda.

6 Il sistema di accreditamento istituzionale

6.1 I processi di accreditamento già avviati.

Attualmente, le branche specialistiche nelle quali la regione Friuli Venezia Giulia ha adottato provvedimenti di regolamentazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento istituzionale sono le seguenti:

- medicina di laboratorio
- diagnostica per immagini
- medicina trasfusionale
- procreazione medicalmente assistita

In particolare, per quanto riguarda medicina di laboratorio e diagnostica per immagini, i requisiti sono stati individuati sia per le strutture pubbliche che per quelle private, mentre la procedura di accreditamento è prevista solo per le strutture private. Sulla base della determinazione del fabbisogno, è stato previsto di concedere il rinnovo dell'accREDITAMENTO alle strutture private già precedentemente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio; nella branca specialistica diagnostica per immagini, sulla base di un fabbisogno differenziato per area vasta, si è stabilito di concedere sia la possibilità di rinnovo dell'accREDITAMENTO alle strutture già accreditate, sia la possibilità di accREDITAMENTO a nuove strutture.

Nella branca specialistica medicina trasfusionale, è stato individuato un percorso unico di autorizzazione/accREDITAMENTO, sulla base dei requisiti previsti dalla normativa comunitaria e nazionale, che riguarda esclusivamente le strutture pubbliche.

Nella branca specialistica procreazione medicalmente assistita, i requisiti e la procedura di autorizzazione e accREDITAMENTO riguardano sia le strutture pubbliche che le strutture private.

La procedura di accreditamento prevede diverse responsabilità poste in capo alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale (definizione dei requisiti e delle procedure e concessione dell'accreditamento) ed all'Agenzia Regionale della Sanità (conduzione delle istruttorie).

Nell'ambito della conduzione delle istruttorie, è prevista l'adozione del manuale per i valutatori che contiene la descrizione dei livelli minimi di accettabilità per ognuno dei requisiti; al momento risulta già adottato con delibera dell'ARS il manuale dei valutatori per la Medicina di Laboratorio e per la Diagnostica per Immagini.

6.2 Ulteriori accreditamenti per il 2007/2008

La programmazione regionale ha già individuato i centri dialisi, le strutture di medicina dello sport ed i centri trapianti, quali aree di intervento per l'emanazione di provvedimenti di individuazione dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento istituzionale.

Ai provvedimenti precitati, si aggiungeranno quelli relativi alle branche specialistiche attualmente oggetto di accreditamenti transitori, che dovranno essere sostituiti da accreditamenti definitivi, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lett. s), della legge 296/2006 (finanziaria 2007).

6.3 Modalità di revisione/aggiornamento dei requisiti e degli standard

Gli strumenti dell'autorizzazione e dell'accreditamento vengono periodicamente rivalutati ed eventualmente aggiornati/integrati alla luce di:

- evoluzione della normativa di carattere generale e specifico (sia norme trasversali sia per specifiche discipline);
- evoluzione delle conoscenze scientifiche e disponibilità di prove di efficacia;
- definizione e/o modifica di standard organizzativi e professionali derivanti da specifiche scelte regionali in relazione agli ambiti di competenza, anche in relazione all'implementazione dei processi di riorganizzazione previsti dai documenti di programmazione.

7. Accreditamento all'eccellenza.

L'accreditamento all'eccellenza, attuato secondo il modello della Joint Commission International, è stato già avviato nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di

Trieste; se ne prevede l'avvio nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Udine e nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera “S. Maria degli Angeli” di Pordenone.

Pur evidenziando che il progetto deve essere gestito autonomamente dalle Aziende (che individuano le strutture, le modalità ed i tempi in cui l'accreditamento viene conseguito), la Regione, come specificato ne “Progetto B 10 – Certificazione di qualità sui tre principali ospedali regionali ed avvio del processo nelle altre strutture”, contenuto nel Piano strategico regionale, adottato con delibera di giunta del 11.3.2005, n. 471, si riserva un ruolo di monitoraggio.

La filosofia che permea questo processo considera le prestazioni erogate dall'ospedale come parte di un sistema integrato di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che, insieme, creano continuità nell'assistenza sanitaria. Gli obiettivi sono la convergenza tra i bisogni sanitari del paziente ed i servizi disponibili, il coordinamento delle prestazioni erogate all'interno dell'ospedale e la pianificazione delle dimissioni e del follow up.

I risultati sono il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate al paziente ed un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

8 Prevenzione

8.1 I programmi di screening oncologico.

Nel 2007, oltre a proseguire l'attività degli screening oncologici già attivati (per il tumore della cervice uterina e per il tumore della mammella), dovrà trovare attuazione il programma regionale di screening del tumore del colon retto.

I programmi aderiscono alle Linee Guida Europee ed alle loro emanazioni nazionali elaborate in sede professionale - GISCi / GISMA /GISCOR- ed istituzionale - Conferenza Stato Regioni; esse rappresentano il modello di base per la definizione dei criteri di attività dei programmi.

Il rispetto delle linee guida e dei protocolli regionali di diagnosi e trattamento rappresenta un prerequisito tanto per le strutture che per gli operatori.

I modelli di refertazione (citologica, istologica , radiologica ,colposcopica, endoscopica ecc.) sono unici per tutti i centri afferenti al programma ed il loro uso corretto costituisce un prerequisito per l'accreditamento al medesimo.

La partecipazione per gli operatori e l'adesione per le aziende alle attività comprese nel programma di qualità e di aggiornamento sono considerate vincolanti ai fini della partecipazione al programma.

I centri afferenti sono obbligati a produrre un flusso informativo verso le strutture regionali centrali: Direzione centrale salute e protezione sociale ed Agenzia regionale della sanità. Le caratteristiche di conduzione degli screening sono soggette a verifica e conferma e non si danno come acquisite una tantum.

8.2 Progetto di miglioramento della qualità dei servizi vaccinali

Il nuovo Piano nazionale vaccini 2005-2007 attribuisce alle Regioni il compito di organizzare l'offerta vaccinale in ambito regionale, identificando le strategie di offerta più adeguate agli obiettivi e assicurando la qualità dei servizi vaccinali.

In coerenza con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 e nelle Linee Operative elaborate dal CCM per la presentazione dei Piani Vaccinali regionali ai fini del Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato, Regioni, Province Autonome – 23 marzo 2005), sono state individuate le linee di lavoro per il periodo 2005-2007.

La 7° linea di lavoro prevede il miglioramento della qualità dei servizi vaccinali.

La Regione FVG ha avviato nel 2006 l'accreditamento professionale dei Servizi Vaccinali che vede coinvolti tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.SS.

La qualità, misurata utilizzando indicatori di struttura (risorse e ambiente), indicatori di processo (procedure di invito, registrazione dei dati) e indicatori di outcome (morbosità, ospedalizzazione, mortalità delle malattie infettive target, occorrenza di reazioni avverse, gradimento dell'utenza), richiede il consolidamento dei livelli elevati di copertura vaccinale raggiunti nella popolazione e il miglioramento di quelli non considerati ottimali. E', quindi, necessario che tutti gli operatori siano adeguatamente motivati e riescano ad assicurare gli stessi livelli di prestazione sul territorio.

La revisione dei processi, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi vaccinali, accompagna necessariamente la transizione dal regime dell'obbligo vaccinale a quello di una partecipazione consapevole delle famiglie.

Gli obiettivi sono:

- migliorare la qualità professionale degli operatori aggiungendo a competenze consolidate una maggior capacità di comunicazione al fine di ottenere una adesione consapevole alle vaccinazioni;
- migliorare la qualità dell'informazione all'utente relativamente a contenuti scientifici, tempo dedicato e rispetto delle differenze culturali;
- migliorare la qualità dei servizi in termini di accessibilità, elevata protezione immunitaria della popolazione, gestione degli eventi avversi;

– migliorare la qualità del sistema informativo.

Fondamentale, inoltre, è l'adozione di un sistema informativo integrato che consenta di valutare in modo oggettivo e in continuo le coperture vaccinali specifiche per età e per coorte di nascita e l'impatto delle vaccinazioni sulle malattie infettive prevenibili con vaccino.

9. Conclusioni.

I documenti di programmazione regionale e le azioni ad essi conseguenti costituiscono i riferimenti per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.

L'anzidetta riorganizzazione complessiva e la messa a regime dei sistemi automatizzati, attraverso la realizzazione di piani lavoro standardizzati, garantiranno l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse e la valorizzazione delle professionalità.

L'analisi dei processi di pianificazione, programmazione e riorganizzazione dei servizi, ha un impatto sui contenuti professionali e sulle variazioni quali-quantitative delle risorse umane e, di conseguenza, comporta la necessità di definire puntualmente le dotazioni organiche.

Tali processi, rivolti prevalentemente all'individuazione delle risorse, in termini di professionalità e competenze indispensabili al funzionamento del sistema sanitario regionale, costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito delle procedure che la Regione pone in essere ai fini della determinazione annuale del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie previsto dal D. Lgs. n. 502/1992, e successive modifiche.

Peraltro, la definizione delle dotazioni organiche, da parte delle Aziende sanitarie della Regione, dovrà tenere conto delle disposizioni della D.G.R. n. 782, del 13.4.2006, "L. 266/2005 (finanziaria 2006): Disposizioni agli enti del SSR", che impone, ai predetti enti, una serie di vincoli nell'uso delle risorse e nell'assunzione di personale.