

**DALLA SPENDING
REVIEW
ALLA RIFORMA DEL
SSR DEL FVG**

LA SPENDING REVIEW NEL SETTORE SANITARIO

Nel corso dell'anno 2012 è stato approvato un **progetto di risanamento** dell'economia pubblica il cui fulcro è la revisione della spesa pubblica, al fine di migliorare il processo di allocazione delle risorse pubbliche in termini di economicità, qualità ed efficienza dei servizi offerti.

Nel maggio del 2012 è stato emanato il D.L. 52/2012 convertito nella **L. 94/2012**,

recante «Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica» (Spending review 1).

Subito dopo, ad agosto, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il secondo atto della revisione della spesa pubblica, con il D.L. 95/2012, convertito nella **L.135/2012**,

«Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini» (Spending review 2), che costituisce la cosiddetta «**Spendin review Sanità**»

LE PRINCIPALI DISPOSIZIONI DELLA SPENDING REVIEW SANITÀ SI POSSONO COSÌ SINTETIZZARE:

◉ Controllo della spesa farmaceutica

(aumento dello sconto obbligatorio che le aziende farmaceutiche praticano al SSN, razionalizzazione dell'acquisto, immagazzinamento, utilizzo dei farmaci nelle attività cliniche, l'AIFA monitora la spesa farmaceutica e comunica l'esito al MdS, al Ministero dell'Economia e delle Finanze e alle Regioni)

◉ Razionalizzazione in materia di acquisto e fornitura di beni e servizi

(riduzione degli importi e delle prestazioni relative a contratti di appalti e forniture di beni e servizi, revisione degli strumenti di negoziazione della piattaforma CONSIP, verifica dei bandi di gara dei contratti di global service e facility management)

◉ Disposizioni in materia di standard ospedalieri

(riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati a carico del SSR e contestuale riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie per l'assistenza sulle 24 ore)

◉ Remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSN

(Riduzione degli importi e dei rispettivi volumi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

L.189/ NOVEMBRE 2012

A distanza di un mese dalla pubblicazione della Spending review Sanità è entrata in vigore il D.L. 158/2012 (Decreto Balduzzi) convertito dalla

L. 189/2012 recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»

La portata della legge è tale da rinnovare profondamente l'assetto organizzativo della sanità pubblica, si riorganizzano le cure primarie al fine di ridurre i tassi di ospedalizzazione e i relativi costi.

I PUNTI CHIAVE DELLA LEGGE 189/2012:

1. La riforma dell'assistenza primaria
2. Disposizioni in materia di libera professione intramoenia
3. Aggiornamento dei LEA
4. Disposizioni in materia di fumo, alcol, ludopatia e certificati sportivi
5. Sicurezza alimentare e sanità veterinaria
6. Farmaci
7. Edilizia sanitaria
8. Assistenza al personale navigante
9. La gestione del rischio clinico
10. Personale dirigente delle Aziende Sanitarie
11. Il Collegio di Direzione delle Aziende Sanitarie
12. Razionalizzazione di enti sanitari
13. Disposizioni in materia di assunzioni nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro

LEGGE 221/ DICEMBRE 2012

«Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», introduce nuove e ulteriori norme in materia di sanità, in continuità con quanto introdotto dalla precedente legge 189/2012.

I PUNTI CHIAVE DELLA LEGGE 221/2012:

1. Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia nel settore pubblico
2. Fascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza nel settore sanitario
3. Sistemi di sorveglianza e registri di mortalità
4. Prescrizioni farmaceutiche in formato elettronico
5. Cartelle cliniche in formato digitale
6. Ricetta medica in base al principio attivo

LEGGE REGIONALE N° 17/2013

**Finalità e principi per il riordino
dell'assetto istituzionale e organizzativo
del Servizio sanitario regionale.**

LE FINALITA' DELLA RIFORMA

L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale viene ridefinito per:

- a) porre **la persona al centro del percorso** di assistenza e di coinvolgimento nella tutela e promozione della salute;
- b) perseguire l'erogazione delle prestazioni essenziali tramite un Servizio sanitario regionale ad **accesso universale**;
- c) favorire, sia nell'area sociosanitaria che in quella socioassistenziale, **l'attivazione di percorsi socioassistenziali e diagnostico-terapeutico-riabilitativi**, anche attraverso un **approccio multi professionale e personalizzato**, che assicurino, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del paziente cittadino;

- d) favorire il superamento della frammentazione e della **duplicazione** delle strutture organizzative esistenti, anche attraverso processi di **aggregazione** in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale;
- e) garantire appropriate politiche di **prevenzione e promozione** della salute che coinvolgano fattivamente le comunità;
- f) perseguire l'appropriata **integrazione** tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale;
- g) favorire l'omogenea offerta di servizi sul territorio regionale nonché **l'uniformità dei livelli di assistenza**, anche perseguendo l'omogeneità organizzativa;
- h) semplificare** il sistema istituzionale e organizzativo;

i) garantire la sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale attraverso la **riorganizzazione e l'impiego efficiente delle risorse strutturali e delle competenze professionali**, nonché l'idonea assegnazione delle risorse finanziarie;

j) riorganizzare le linee amministrative delle aziende per i servizi sanitari, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici secondo un **modello di gestione unitario**;

k) sviluppare e attuare un sistema che garantisca la **trasparenza** dei sistemi organizzativi e delle attività, nonché la **partecipazione** dei cittadini;

l) promuovere **l'innovazione clinica, gestionale e organizzativa** sviluppando la **ricerca** biomedica e sanitaria e la **formazione** del personale sanitario

I PRINCIPI DELLA RIFORMA

La revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale tiene conto:

- a) del **rispetto della dignità della persona**;
- b) nei limiti della sostenibilità economica, della necessità di perseguire politiche volte a favorire, ove possibile, la **permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita**;
- c) della necessaria **formazione continua** per promuovere le competenze delle risorse umane, in coerenza con le linee strategiche del Servizio sanitario regionale e con i livelli di efficacia;
- d) della necessità di ottimizzare l'uso in **rete delle tecnologie** e dell'informatica;
- e) della ricerca sistematica di **appropriatezza** delle funzioni sanitarie delle strutture della rete del Servizio sanitario regionale;
- f) della distinzione tra prestazioni sanitarie **urgenti** e prestazioni sanitarie di **elezione**;

- g) della coerenza del **rapporto tra volumi di prestazioni erogate**, procedure sanitarie e **dimensionamento delle strutture** di erogazione sia pubbliche che private;
- h) della congruità dei **volumi di attività per equipe professionale** e del miglioramento degli esiti delle cure e della sicurezza dei pazienti cittadini;
- i) **dell'adeguatezza delle modalità di integrazione tra le varie discipline inerenti i percorsi clinici delle patologie a maggior incidenza e prevalenza;**
- j) della necessità di **ridurre l'istituzionalizzazione** di anziani e minori;
- k) dell'adeguatezza delle modalità di terapia e assistenza organizzate per **intensità di cura;**
- l) del riconoscimento delle prerogative degli enti locali, tramite i relativi organismi di rappresentanza, in materia di **pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria;**

- m) del ruolo del **distretto** nel coinvolgimento dei cittadini nei processi di assistenza della necessità di **risposte integrate nei settori socio-sanitario e socioassistenziale**;
- o) della necessità di attivare strumenti atti al coinvolgimento attivo dei contesti di vita;
- p) della necessità di garantire risposte adeguate alle **patologie di lunga durata**;
- q) della necessità di ricercare forme di **domiciliarietà innovative** e qualificare l'offerta della residenzialità.



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

L'appropriatezza assistenziale, organizzativa e qualitativa delle strutture sanitarie regionali viene **rilevata, misurata e valutata** sulla base di un **sistema di controllo** definito con deliberazione della Giunta regionale, nel rispetto di quanto stabilito dalla disciplina statale in materia.

SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO DELL'APPROPRIATEZZA

L'unitarietà e l'uniformità del Servizio sanitario regionale sono assicurate attraverso il coordinamento attuato, a livello regionale, dalla **DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA**, la quale esercita, in particolare, la funzione di **direzione e coordinamento** nell'attuazione degli indirizzi **strategici** e di **valutazione** della gestione del Servizio sanitario regionale medesimo, a **garanzia** dell'unitarietà e dell'uniformità del SSR.

DIREZIONE

E' istituita presso la segreteria dell'Assessore Regionale alla salute, integrazione socio sanitaria, politiche Sociali e Famiglia un tavolo denominato

CONSULTA REGIONALE DELLA SANITA',

Che ha il ruolo di favorire il confronto tra Regione, rappresentanti di associazioni portatrici di interessi e ordini e collegi professionali.



Associazioni portatrici
di interessi

Ordini e collegi

LEGGE REGIONALE N° 17/2014

Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e Sociosanitaria

Legge attuativa della L. N° 17/2013

OBIETTIVI DELLA LEGGE REGIONALE 17/2014 FVG

- a) **potenziare l'assistenza primaria**, rendendola il più possibile vicina alle esigenze e ai bisogni dei cittadini, nonché facilmente accessibile e fruibile dai medesimi;
- b) determinare un **riequilibrio delle risorse** tra i settori nei quali viene espletata l'attività del Servizio sanitario regionale;
- c) valorizzare il ruolo e la partecipazione **dell'Università** alle attività assistenziali e le connesse funzioni di didattica e ricerca;
- d) rafforzare la **collaborazione** con le comunità e gli enti locali;
- e) valorizzare il ruolo e il coinvolgimento dei **cittadini** e dei loro rappresentanti;
- f) mantenere una **pianificazione calibrata sui bisogni delle persone senza soluzione di continuità** tra i diversi luoghi della prevenzione, della tutela e della cura, in relazione al diritto del cittadino di manifestare il proprio **consenso** sulle procedure diagnostiche e sugli interventi terapeutici scientificamente consolidati;
- g) migliorare **l'attrattività e la competitività** del Servizio sanitario regionale.

Dal 1° gennaio 2015 il Friuli Venezia Giulia ha avviato la riforma del sistema sanitario regionale

(Legge regionale n. 17/2014)



2014	11 Aziende
	6 Aziende per i Servizi Sanitari 2 Aziende Ospedaliere Universitarie 1 Azienda Ospedaliera 2 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico

2015	9 Aziende, 1 Ente
	5 Aziende per l'Assistenza Sanitaria 2 Aziende Ospedaliere Universitarie 2 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico 1 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

2016	7 Aziende, 1 Ente
	3 Aziende per i Servizi Sanitari 2 Aziende sanitarie universitarie integrate 2 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico 1 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi



- AAS 1 TRIESTINA
- AAS 2 BASSA FRIULANA - ISONTINA
- AAS 3 ALTO FRIULI-COLLINARE-MEDIO FRIULI
- AAS 4 FRIULI CENTRALE
- AAS 5 FRIULI OCCIDENTALE

PASSAGGIO INTERMEDIO DAL 1 GENNAIO 2015 PER UNA DURATA MASSIMA DI DUE ANNI

l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono rette da un unico **commissario straordinario**;

l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico **commissario straordinario**

Le AAS incorporano le AOU subentrando nelle funzioni, sia a Trieste che a Udine.

La Regione addiviene alla stipula definitiva dei **protocolli d'intesa** con le Università, che prelude all'unificazione delle aziende sanitarie e ospedaliere.

All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "**Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste**" e di "**Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine**" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo **unitario, coordinato e inscindibile**, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di **prevenzione, cura e riabilitazione**, nonché quelle di **didattica** e di **ricerca**, garantendo in particolare la continuità delle cure.

I protocolli d'intesa devono avere la finalità di **integrazione** delle funzioni, **evitando la duplicazione** di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative

Il commento del magnifico rettore dell'Università di Trieste Maurizio Fermeglia alla firma dei protocolli del 22 aprile 2016.

«la firma di oggi è un passaggio estremamente positivo perché da una parte sancisce la collaborazione tra Università e Regione e dall'altra pone la **ricerca all'interno del sistema sanitario e dell'assistenza**. E l'integrazione fra questi fattori rappresenta il vero futuro della medicina»



Maurizio Fermeglia (Rettore Università Trieste), Debora Serracchiani (Presidente Regione Friuli Venezia Giulia), Alberto Felice De Toni (Rettore Università Udine) e Maria Sandra Telesca (Assessore regionale Salute) - Trieste 22/04/2016

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/comunicati/comunicato.act?dir=/rafvfg/cms/RAFVG/notiziedallagiunta/&nm=20160422113146001>

DAL 2016
7 AZIENDE+1ENTE

EGAS

AAS3
ALTO FRIULI
COLLINARE
MEDIO FRIULI
(GEMONA)

AAS5
FRIULI OCCIDENTALE
«PORDENONESE»

IRCCS
CRO
AVIANO

ASUIUD
FRIULI
CENTRALE
(UDINE)

AAS2
BASSA
FRIULANA
ISONTINA
(GORIZIA)

ASUITS
(TRIESTE)

IRCCS
BURLO
GAROFOLO

IL 1° MAGGIO 2016 È STATA ISTITUITA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA TRIESTINA



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste



Dal 1 maggio 2016

l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 **"Triestina"**

e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria **"Ospedali Riuniti" Trieste**

sono confluite in un unico Ente il cui nome è

"Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste".



Gli organi di vertice dei nuovi enti definiscono l'organizzazione aziendale con una proposta di **ATTI AZIENDALI**, sulla base della programmazione regionale.

Gli atti aziendali sono approvati con un decreto dal **direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia**.

Gli organi di governo delle AAS e ASUI sono:

- DIRETTORE GENERALE
- COLLEGIO SINDACALE http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/collegio_sindacale/struttura.html
- COLLEGIO DI DIREZIONE http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/collegio_direzione/struttura.html
- ORGANO DI INDIRIZZO (solo per le ASUI)

DIREZIONE STRATEGICA

DIRETTORE GENERALE

(OGGI DOTT. NICOLA DELLI QUADRI)

DIRETTORE SANITARIO

(OGGI DOTT. SSA EMANUELA FRAGIACOMO)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(OGGI DOTT. MICHELE ROSSETTI)

COORDINATORE SOCIO SANITARIO

(OGGI DOTT. FLAVIO PAOLETTI)

IL DIRETTORE GENERALE risponde dei risultati e del raggiungimento degli **obiettivi** della programmazione annuale.

IL COORDINATORE SOCIO SANITARIO è responsabile del **coordinamento per la programmazione e per l'indirizzo delle attività socio sanitarie**, esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione nelle medesime materie. In particolare, fornisce linee guida sulle materie ad alta integrazione socio sanitaria alle Strutture Operative aziendali, ai fini di assicurare un'omogenea impostazione strategica delle attività socio sanitarie nei Programmi delle Attività Territoriali (**PAT**) e nei Piani di Zona (**PdZ**).
E' **nominato dal direttore generale**, previo parere della **Conferenza dei Sindaci**.

La CONFERENZA DEI SINDACI è l'organismo attraverso il quale i Comuni

- Esprimono i **bisogni di salute** della comunità
- Esprimono il proprio parere sul **PAL**
- Verificano **l'andamento generale** dell'AAS
- Esprimono il parere sulla **nomina** del Coordinatore Socio sanitario
- Un membra appartiene al **Collegio Sindacale** dell'AAS

Le AAS sono articolate su 3 livelli organizzativi, che corrispondono ai 3 livelli erogativi dei LEA:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e del lavoro
2. Assistenza distrettuale
3. Assistenza ospedaliera

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Dipartimento di PREVENZIONE:

È la struttura preposta a svolgere funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica.

OBIETTIVI:

- Promozione della salute
- Prevenzione della malattia e della disabilità
- Miglioramento della qualità di vita secondo i principi di equità e sostenibilità
- Valutazione e controllo dei fattori di rischio

IGIENE E SANITA' PUBBLICA
SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO
AMBIENTE
MEDICINA LEGALE
MEDICINA DELLO SPORT

IGIENE DEGLI ALIMENTI
SANITA' ANIMALE
IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI

ASSISTENZA DISTRETTUALE

La rete dei servizi di assistenza sanitaria primaria garantisce l'erogazione dei LEA attraverso :

- La presa in carico dei cittadini con percorsi assistenziali integrati e personalizzati
- Il coinvolgimento dell'assistito e della famiglia nel piano assistenziale
- L'efficacia dei trattamenti di alto standard qualitativo
- Organizzazione di prossimità nell'erogazione del servizio
- Integrazione con i servizi sociali
- Continuità assistenziale

Il DISTRETTO è l'articolazione dell'ASUI preposta per assicurare la risposta unitaria coordinata e continua al bisogno della comunità in integrazione con i servizi sociosanitari e sociali del Comune.

L'ASSISTENZA PRIMARIA

L'assistenza medica primaria è assicurata dai medici in rapporto di convenzione con il SSR, è incardinata nel distretto sanitario e opera in stretto rapporto con con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero.

Le forme organizzative dell'assistenza medica primaria sono:

- a) Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- b) La medicina di gruppo
- c) I centri di assistenza primaria (CAP) (sono aggregazioni di MMG)
- d) I presidi ospedalieri per la salute (Ospedali di comunità, RSA a valenza riabilitativa, ...)

Il Distretto eroga l'assistenza domiciliare attraverso la presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare della persona e redazione del piano assistenziale individuale, in integrazione con i servizi sociali, a fini di erogazione di prestazioni sanitarie, presa in carico di problemi di salute complessi, cure palliative, assistenza riabilitativa, assistenza farmaceutica.

Le STRUTTURE INTERMEDIE svolgono funzioni intermedie tra ospedale per acuti e i servizi domiciliari. Ad accesso subordinato a valutazione multiprofessionale. (RSA ad assistenza intensiva, HOSPICE, OSPEDALI DI COMUNITÀ, Riabilitazione Funzionale, SUAP= Speciali Unità di Assistenza Protratta)

ASSISTENZA OSPEDALIERA

I PRINCIPALI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA SONO:

- SICUREZZA DEL PAZIENTE
- APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA
- QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE
- APPROPRIATEZZA DEL TRATTAMENTO
- DIVERSIFICAZIONE TRA I PERCORSI DI URGENZA E DI PROGRAMMAZIONE
- EFFICIENZA DELL'USO DELLE RISORSE
- RIFERIMENTO A STANDARD NAZIONALI
- CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DELLE CURE

COME SI DETERMINA IL FABBISOGNO DI POSTI LETTO OSPEDALIERI NELLA REGIONE?

STANDARD
POSTI LETTO
OGNI 1000
ABITANTI

3 POSTI LETTO PER ACUTI
0,3 POSTI LETTO PER RIABILITAZIONE IN REGIME OSPEDALIERO
0,4 POSTI LETTO RIABILITAZIONE NELLE STRUTTURE INTERMEDIE

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA è ORGANIZZATA CON UN MODELLO CHE CLASSIFICA GLI OSPEDALI IN 3 LIVELLI DI COMPLESSITÀ CRESCENTE: (art. 29 e successivi)

1. PRESIDI OSPEDALIERI DI BASE «SPOCKE»

Gorizia, Monfalcone, Latisana, Palmanova, S.Daniele,
Tolmezzo, S.Vito, Spilimbergo

2. PRESIDI OSPEDALIERI HUB DI PRIMO LIVELLO

Santa Maria degli Angeli di PN

3. PRESIDI OSPEDALIERI HUB DI SECONDO LIVELLO

S.M.Misericordia UD, Cattinara Maggiore TS

4. PRESIDI OSPEDALIERI SPECIALIZZATI

Burlo, CRO Aviano, Gervasutta

IL RUOLO DELLE UNIVERSITA' NELLE ASUI

La Regione individua le Università di Trieste e Udine quali risorse e partner per garantire il miglioramento continuo dello stato di salute dei cittadini e perseguire l'eccellenza nell'assistenza e nelle cure.

Funzioni delle Università

FORMAZIONE

Di base, specialistica, post-lauream, continua del personale del SSR

RICERCA

Clinica, epidemiologica, organizzativa, traslazionale

ATTIVITA' ASSISTENZIALI

funzioni di didattica e ricerca nella clinica

INNOVAZIONE

In una prospettiva internazionale

I protocolli d'intesa tra Regione e Università disciplinano lo svolgimento delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca, delineano le regole di partecipazione con le quali l'Università si integra con la Sanità.



EGAS

ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA DEI SERVIZI CONDIVISI
EGAS È ISTITUITO DALL'1 GENNAIO 2015

L'EGAS svolge, per conto degli Enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di **aggregazione della domanda** e di **centrale di committenza** per l'acquisizione di beni e servizi, nonché **funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali**.

Ha la *mission* di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale, attraverso strumenti di accentramento e **ottimizzazione dei processi amministrativi, tecnici e gestionali**.

L'EGAS è dotato di personalità giuridica pubblica

Sono organi di EGAS:

1. il Direttore Generale
2. il Collegio Sindacale
3. il Collegio di Direzione

FUNZIONI DELL'EGAS

- **Acquisti** centralizzati di beni e servizi a favore degli Enti del SSR
(*Procedure di gara centralizzate con programmazione semestrale a scorrimento*)
- **Logistica** centralizzata
(*gestisce flussi di materiali e informazioni*)
- Modello **Assicurativo** Centralizzato
(*Gestione dei Rischi e delle Tutele Assicurative*)
- **CUP** Regionale (*Call Center*)
- Programmi di **screening**
(*prevenzione tumori cervice, colon, mammella...*)
- Servizio Epidemiologico e **Flussi Informativi**
- Tecnologie e **dispositivi** medici
Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (HTA)
- SC **Centrale operativa** 118 regionale
- Gestione **amministrativa** delle attività a beneficio sovra aziendale
- **Formazione**
(**Provider ECM, stende il Piano Formativo Regionale**)
- **Comitato Etico** Unico Regionale
(*Il CERU è un organismo indipendente, l'EGAS svolge il ruolo di segreteria organizzativa*)
- **Concorsi** centralizzati per l'acquisizione delle risorse umane
- Funzioni **stipendi e previdenza** per il personale del SSR
- **Centrale Operativa** Unica Regionale per i trasporti secondari
- Cura il **Sito** internet

BIBLIO-SITOGRAFIA

- ◉ SHARON PODESVA, MANUALE DI LEGISLAZIONE SANITARIA, SIMONE EDIZIONI, 2013
- ◉ L.R. 17/2013 FVG
- ◉ L.R. 17/2014 FVG
- ◉ <https://egas.sanita.fvg.it/it/>
- ◉ https://egas.sanita.fvg.it/media/uploads/files/atto_aziendale_definitivo1.01.pdf - Ente Per La Gestione Accentrata Dei Servizi Condivisi regione autonoma Friuli Venezia Giulia, servizio sanitario regionale, Atto Aziendale
- ◉ http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/coordinamento_sociosan/struttura.html
- ◉ http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/collegio_sindacale/struttura.html
- ◉ http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/collegio_direzione/struttura.html