



**LINEE PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO
REGIONALE - ANNO 2016**

LINEE PER LA GESTIONE 2016

INDICE

1. Lo scenario	pag. 3
2. Il processo di programmazione	pag. 5
3. Le progettualità	pag. 6
3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	pag. 7
3.2 Promozione della salute e prevenzione	pag. 11
3.3 Assistenza primaria	pag. 23
3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	pag. 30
3.5 Assistenza farmaceutica	pag. 36
3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari	pag. 39
3.7 Sistema informativo	pag. 42
4. Le risorse finanziarie	pag. 44
5. Gli investimenti	pag. 49
6. Le regole gestionali	pag. 51
Allegato A – Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa	pag. 59
Allegato B – Indicatori	pag. 61

1. LO SCENARIO

La gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 vedrà il completamento dell'assetto istituzionale previsto dalla legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*.

Inoltre, nel corso del 2015 sono stati adottati alcuni fondamentali provvedimenti di programmazione quali la *Definizione delle funzioni e degli standard organizzativi per la prevenzione, l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera (dgr 2673/2014)*, l'*Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici (DGR 929/2015)*, il *Piano regionale della prevenzione (DGR 1243/2015)*, ed il *Piano regionale dell'emergenza urgenza (2039/2015)*.

L'annualità 2016 proseguirà l'applicazione della legge regionale 17/2014 e sarà caratterizzata dai seguenti elementi:

- a. Incorporazione delle Aziende ospedaliere universitarie di Trieste e Udine rispettivamente nelle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4 che assumono la denominazione di *Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste* e di *Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine*, a seguito della sottoscrizione dei protocolli d'intesa fra Regione e Università.
- b. Proseguimento, nonché perfezionamento delle modalità di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, secondo criteri standard, in particolare con l'implementazione della linea di finanziamento della funzione dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dal piano regionale (DGR 2039/2015).
- c. Applicazione del DM 70/2015 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.
- d. Cogenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
 - DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review"
 - DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
 - DL 18-10-2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"
 - DL n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015"
- e. Modifica della geografia dei servizi tramite:
 - Rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza fuori dall'ospedale;
 - Proseguimento della riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti al 3,0 per 1.000 abitanti e aumento dei posti letto ospedalieri di riabilitazione allo 0,3 per 1.000 abitanti, tenendo conto della DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 che ha definito gli standard e le funzioni dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera, che individua le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria.
 - Completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015.
- f. Ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA).
- g. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.

- h. Consolidamento delle misure di protezione sociale.

Nel 2016, inoltre, dovranno essere approvati il Piano Oncologico, il 4° Piano Sangue, il Piano della Salute Mentale ed il Piano della Riabilitazione.

Nelle more della completa attuazione dell'assetto istituzionale della riforma per le aree Triestina e del Friuli centrale, che si concretizzerà a valle della stipula del protocollo d'intesa fra Regione e Università, nel corso del 1° semestre 2016 le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4 opereranno in maniera integrata con le Aziende ospedaliere universitarie rispettivamente di Trieste e di Udine.

A fronte di questa situazione è definito il nuovo assetto istituzionale delle Aziende, anche per il 2016 le **scelte strategiche regionali** sono orientate alla governance clinica integrata, intesa come un insieme di processi (strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti individuali e collettivi) che le organizzazioni attivano per svolgere la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali e di rispondere reciprocamente, management e professionisti, di tali decisioni. In particolare si rende necessario:

- a. Revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità, definendo anche le modalità di collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale.
- b. Promozione della salute e assistenza integrata.
- c. Razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l'obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili, disinvestendo ciò che è inefficace (spreco) e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci.
- d. Adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di valutazioni di tecnologia (HTA), sia per le tecnologie che per i processi assistenziali.
- e. Proseguimento della revisione degli attuali modelli organizzativi mediante processi di analisi per ridurre gli sprechi, al fine di un uso efficiente delle risorse.
- f. Garanzia del rispetto dei tempi d'attesa in regime ospedaliero ed ambulatoriale in coerenza con la DGR 2034/2015 e sua applicazione.
- g. Introduzione più estesa di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute della comunità.
- h. Sostegno ai processi di governance con l'estensione e l'innovazione della tecnologia informatica.
- i. Attuazione della legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015.

2. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE

La Regione, attraverso le presenti linee di gestione, definisce gli obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché le risorse complessivamente disponibili del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per l'anno 2016, per permettere agli Enti del SSR, di cui all'art. 3 della Legge regionale n. 17/2014, di predisporre i singoli Piani attuativi locali (PAL) e Piani attuativi ospedalieri (PAO).

Gli aspetti formali e la tempistica del processo di programmazione 2016 sono i seguenti:

- Predisposizione da parte della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito DCS) ed invio alle aziende, entro il 30.11.2015, di apposite indicazioni metodologiche a supporto della redazione dei PAL e del PAO per le Aziende Ospedaliero Universitarie di Trieste e di Udine, nonché per gli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitaria. Le indicazioni forniscono più dettagliata specificazione operativa, laddove necessaria, relativamente alle modalità di concreta realizzazione delle presenti linee per la gestione del SSR;
- Predisposizione da parte delle Aziende della proposta di PAL 2016 e del PAO 2016 delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Trieste e di Udine, nonché degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitari e trasmissione della proposta di PAL/PAO alla DCS entro il 15.12.2015 per la negoziazione che si terrà nel corso del mese di dicembre in data fissata dalla Direzione stessa;
- Entro il 15.12.2015, anche l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) dovrà predisporre la propria proposta di piano annuale, corredato dal bilancio preventivo e dalla relazione del Direttore generale/Commissario straordinario;
- Acquisizione da parte delle Aziende dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004 della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università - La proposta di PAL/PAO, pur assumendo valore formale, non necessita del parere del Collegio Sindacale, in quanto provvisoria;
- Negoziazione con la DCS per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO degli Enti del Servizio sanitario regionale;
- Approvazione del PAL 2016 e del PAO 2016 delle Aziende Ospedaliero Universitarie di Trieste e di Udine, degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitarie, da parte di ogni Azienda, nonché del piano annuale dell'EGAS, entro il 31.12.2015 ai fini dell'approvazione del bilancio preventivo coerentemente con la programmazione delineata e successiva trasmissione dello stesso alla Direzione Centrale Salute, alla Conferenza dei sindaci o alla Conferenza permanente e al proprio Collegio sindacale;
- Successivamente la DCS adotterà e trasmetterà alla Giunta Regionale, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato.

3. LE PROGETTUALITÀ

Richiamate le scelte strategiche regionali indicate nel capitolo che descrive lo scenario e tenuto conto delle risorse a disposizione del SSR, la programmazione annuale 2016 degli Enti del SSR si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali. L'attuazione delle scelte strategiche regionali sarà realizzata attraverso lo sviluppo di:

3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni:

- Atti aziendali
- Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015
- Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi
- Piano Emergenza Urgenza
- Piano Sangue
- Piano Oncologico
- Piano della Riabilitazione
- Piano della Salute Mentale
- Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia

3.2 Promozione della salute e prevenzione - attuazione del piano regionale della prevenzione (DGR 1243/2015).

3.3 Assistenza primaria

- Sviluppo dell'assistenza primaria
- Programmazione degli interventi sociosanitari

3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali

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

3.5 Assistenza farmaceutica - AFIR

3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari

- Anziani
- Minori
- Piani di zona

3.7 Progetti attinenti le attività amministrative e tecniche

- Rischio amministrativo
- Sistema informativo
- Sistema PACS regionale
- Valutazione anti-sismicità del patrimonio immobiliare

Per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei target attesi, previsti nei diversi paragrafi sopra descritti, la DCS continua ad avvalersi delle strutture *Epidemiologia, Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie* e *Centro di coordinamento regionale malattie rare* del presidio ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine, nonché delle strutture di *Epidemiologia e biostatistica* dell'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, per l'area oncologica, ed *Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari* dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, per l'area materno-infantile.

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Atti aziendali

Entro il 31.12.2016 le direzioni aziendali delle nuove Aziende sanitarie universitarie integrate n. 1 di Trieste e n. 4 di Udine, nonché dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste predispongono ed inoltrano alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia la proposta del nuovo atto aziendale secondo i "Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale" di cui alla DGR n. 1437/2015 ed il Protocollo d'intesa fra Regione ed Università.

Fino alla definitiva approvazione degli Atti aziendali, l'organizzazione delle strutture operative aziendali (presidi ospedalieri e distretti) rimane invariata. Nell'applicazione dei nuovi atti aziendali, relativamente all'individuazione dei responsabili delle strutture gli Enti tengono conto di quanto indicato nella DGR n. 929/2015.

3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Entro il 30 giugno 2016 tutte le Aziende e gli IRCCS danno completa attuazione a quanto previsto dalla DGR 2673/2014 in merito alla dotazione di posti letto per acuti. Per la sola AAS1-AOUTS la differenza di posti letto per acuti attivi al 31.12.2015, rispetto alle previsioni della DGR 2673, è da ridurre di almeno il 50%.

Per l'area pordenonese, entro il 30 giugno va data completa attuazione, tramite l'integrazione delle funzioni di Anatomia patologica, Laboratorio analisi, Microbiologia, Medicina nucleare e Oncologia, fra *Centro di Riferimento Oncologico* di Aviano e presidio ospedaliero *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone, in relazione agli specifici mandati di CRO e AAS5. Le aziende interessate alla riorganizzazione definiranno in apposito accordo le modalità delle compensazioni coerentemente con i principi generali gestionali.

Relativamente alle funzioni da attivare, le Aziende sono tenute a costituire le relative equipe, anche tramite l'utilizzo di risorse interne, ed individuare il relativo responsabile (eventualmente pro tempore). In particolare, nel corso del 2016 dovrà essere dato corso all'implementazione almeno delle seguenti linee di sviluppo::

1. Relativamente alla Reumatologia attivazione entro il 30 giugno di:
 - a. servizi autonomi presso i presidi ospedalieri hub *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone e *Cattinara-Maggiore* di Trieste;
 - b. presenza di almeno un medico reumatologo nelle medicine interne dei presidi ospedalieri spoke;
 - c. ambulatori di reumatologia (specifico codice per visite e controlli) presso i nodi della rete.
2. Relativamente alle Malattie Infettive, attivazione entro il 30 settembre di:
 - a. servizio di malattie infettive presso il presidio ospedaliero hub di Pordenone;
 - b. presenza di un medico infettivologo presso i presidi ospedalieri spoke, funzionalmente collegato con i servizi/reparti dei presidi ospedalieri hub di riferimento.
3. Relativamente all'Assistenza Veterinaria, completamento entro il 30 settembre dell'assetto organizzativo delle aree A, B e C, secondo la DGR n. 929/2015.

Relativamente alle funzioni da dismettere, le Aziende devono procedere alla loro dismissione entro il 30 giugno per quelle già non coperte da apicalità, o alla cessazione della relativa apicalità, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 929/2015. Le equipe appartenenti a strutture non più previste devono essere fuse con le altre omologhe ed affidate ad un unico direttore/responsabile. Per entrambi gli IRCCS è necessario tenere conto che permangono le attività di diagnostica avanzata legate all'attività di ricerca.

Tutte le autorizzazioni di copertura di apicalità non più previste dalla DGR 929/2015, ancorché già rilasciate, ma per le quali non ha ancora preso servizio il vincitore, non sono più valide. Le procedure di selezione già avviate devono, pertanto, essere sospese o annullate in relazione alla presenza/collocabilità di un altro direttore omologo e fino alla sua permanenza in servizio.

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Dal 1 gennaio 2015 è stato attivato l'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'art. 7 della legge 17/2014. Dopo il primo anno nel corso del quale l'Ente si è progressivamente fatto carico di funzioni prevalentemente di natura amministrativa ed in parte tecnica (ex dipartimento dei servizi condivisi, CEFORMED, avvio di concorsi di personale per il comparto (infermieri e operatori sociosanitari), formazione, comitato etico regionale) per il 2016 è previsto di affidare all'Ente anche alcune funzioni di natura sanitaria previste dalla programmazione regionale; in particolare:

- Centrale operativa 118 regionale (da attivare entro il 31 luglio 2016);
- Lavorazione, validazione e produzione degli emocomponenti (nuova organizzazione prevista dal Piano Sangue) da realizzarsi entro il 31 dicembre 2016;
- CUP regionale (individuazione del nucleo di operatori che assicurano il livello operativo accentrato di cui alla DGR 2.034/2015 da realizzarsi, ed avvio delle attività entro il 30 giugno 2016);
- Predisposizione di un'ipotesi operativa per l'Implementazione e la gestione della centrale operativa unica regionale dei Trasporti secondari, entro il 30 settembre 2016.

Per quanto riguarda le funzioni amministrative e tecniche, si prevede di affidare all'EGAS le seguenti funzioni:

- Affidamento dei concorsi del personale del comparto, che d'ora innanzi verranno realizzati solo a livello accentrato, secondo le priorità individuate dal Comitato d'indirizzo dell'Ente;
- Avvio di procedure di gara per appalti pubblici e realizzazione di studi di fattibilità e progettazioni preliminari per appalti pubblici individuati dal Comitato di indirizzo dell'Ente;
- Attivazione del provveditorato unico, iniziando da quello di AAS3, AAS4 e AOUUD, mediante trasferimento del personale attualmente addetto alla funzione.
- Elaborazione di una proposta ed attivazioni azioni propedeutiche all'accorpamento della funzione stipendi e previdenza per AAS3, AAS4, AOUUD ed EGAS.

Nel corso del 2016, il Comitato di indirizzo dell'Ente, valuterà ulteriori ambiti di sviluppo/intervento inerenti questioni di interesse strategico (es. trasporto campioni biologici) e ne individuerà il modello organizzativo più opportuno.

3.1.4. Piano Emergenza urgenza

Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso dell'anno 2016, dovrà essere dato avvio alle seguenti attività:

1. Attivazione entro il 31 luglio, da parte dell'EGAS, della Centrale operativa 118 regionale presso la sede della protezione Civile di Palmanova, integrata con il NUE 112.
2. Approvazione entro il 30 giugno, da parte del CREU, dei profili delle competenze del personale infermieristico di centrale operativa 118 e di soccorso e sviluppo entro il 31 ottobre del piano della formazione regionale per l'emergenza urgenza.
3. Definizione delle competenze e della formazione necessaria per i volontari/soccorritori delle associazioni di volontariato, al fine dell'accreditamento professionale.
4. Aggiudicazione da parte di EGAS delle nuove ambulanze (14) entro giugno.
5. Avvio da parte delle AAS della nuova distribuzione delle ambulanze e delle automediche per le quali non sono necessarie implementazioni di mezzi entro il 31 marzo; per l'AAS3, vista la necessità di acquisire nuovi mezzi (ambulanze e automedica), l'implementazione dovrà essere realizzata entro il 31 ottobre.
6. Realizzazione dell'organizzazione dei Punti di primo intervento entro il 31 marzo con dismissione delle strutture non più previste dal piano.
7. Definizione del piano delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza da parte del CREU.
8. Avvio dei lavori di adeguamento al volo notturno delle piazzole di atterraggio dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.

3.1.5. Piano Sangue

Entro il 30 giugno 2016 dovrà essere adottato il nuovo Piano Sangue, che dovrà comunque prevedere la conferma di quanto indicato nella DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti. Nel corso del 2016 si inizierà a dar seguito a quanto stabilito dal Piano Sangue in merito all'attribuzione delle funzioni e delle risorse.

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

3.1.6. Piano Oncologico

Entro il 30 giugno del 2016 dovrà essere adottato il nuovo Piano Oncologico. Il Piano dovrà prevedere l'attivazione delle Reti *Oncologica*, *Ematologica* e di *Oncologia ed onco-ematologia pediatrica* e dovrà fornire gli strumenti operativi per integrarsi con le Reti delle *Cure palliative* e della *Terapia del dolore*.

Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.

3.1.7. Piano della Riabilitazione

Entro il 30 giugno del 2016 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Riabilitazione. Lo stesso dovrà tener conto anche dell'offerta privata accreditata presente in Regione.

Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.

3.1.8. Piano della Salute Mentale

Entro il 31 dicembre del 2016 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Salute Mentale. Lo stesso dovrà comprendere anche una sezione dedicata all'età evolutiva.

3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologie e virologia

Il nuovo modello organizzativo dei Laboratori analisi e delle Microbiologie e virologie, che prevede la realizzazione di 3 centri *hub* presso i presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Cattinara-Maggiore di Trieste e Santa Maria della Misericordia di Udine con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri *spoke*, è in corso di realizzazioni con stati di avanzamento differenziati per le diverse realtà regionali, connesse anche agli aspetti contrattuali delle apparecchiature analitiche da configurarsi ed allineare al sistema informativo di laboratorio (LIS) del presidio ospedaliero hub.

Per il 2016 si prevede quanto segue:

1. Per i Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia *hub* dei presidi ospedalieri *Santa Maria degli Angeli di Pordenone* e *Santa Maria della Misericordia di Udine* è previsto il completamento della nuova organizzazione con:
 - a. Centro *hub* nel presidio ospedaliero di Pordenone, Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento e all'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (limitatamente all'attività di base) e Point of care presso la sede di

- Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile, tenendo conto dell'integrazione delle specifiche funzioni tra CRO e AAS5.
- b. Centro *hub* nel presidio ospedaliero di Udine e laboratori satellite presso le sedi di Latisana, Palmanova, San Daniele del Friuli e Tolmezzo e point of care presso i Punti di primo intervento di Cividale del Friuli e di Gemona del Friuli.
2. Per il Laboratorio analisi e la Microbiologia e virologia *hub* del presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste è previsto di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia che coinvolge anche le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone, realizzando quanto segue:
- a. Spostamento dell'attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia dall'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo a Cattinara con mantenimento di un Laboratorio satellite a risposta rapida presso il Burlo Garofolo (limitatamente all'attività di base); presso l'IRCCS Burlo Garofolo permangono le attività di diagnostica avanzata legate all'attività di ricerca.
 - b. Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri *hub* e *spoke* con l'obbligo di adottare le procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato.

Nel corso del 2016, infine, si dovrà definire un progetto di organizzazione unitaria, anche logistica, che porti alla realizzazione, nel corso degli anni successivi, di una *Cell Factory* regionale, per la ricerca traslazionale e lo sviluppo delle innovazioni.

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

La prevenzione e promozione della salute coerentemente con la centralità assegnata dalla legge di riforma del SSR (LR 17/2014) sono funzione fondamentale della programmazione della salute regionale e rappresentano un patrimonio trasversale cui partecipano tutte le aziende. Lo sforzo collaborativo multidisciplinare realizzato dalle strutture e dagli operatori della regione per la realizzazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018 (DGR 1243/2015) permettono di declinare gli obiettivi strategici della prevenzione in azioni puntuali che coinvolgono in modo coordinato e trasversale tutte le strutture aziendali competenti ed in obiettivi che sono da loro perseguibili.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: individuare un referente aziendale per ogni programma del Piano Regionale della Prevenzione	Comunicazione formale alla DCS, entro febbraio 2016, del nominativo dei referenti con relativi contatti

3.2.1. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)

La Regione sviluppa ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari e non solo. Si persegue inoltre il miglioramento dei percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, nonché la collaborazione tra medicina generale e servizi di salute mentale per l'intercettazione di soggetti con disturbi d'ansia e depressivi.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS3 e AAS4: continuare il progetto cardio 50 con arruolamento del 50% della popolazione eleggibile entro il 2016.	Arruolamento entro il 2016 del 50% della popolazione eleggibile
AAS1: garantire l'avvio del progetto pilota per l'identificazione del rischio cardiovascolare, assumere funzioni di referente per le altre aziende e individuare uno strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare. Tutte le Aziende: giungere entro il 2016 alla formale adozione, attraverso un percorso collaborativo con distretti e dipartimento di prevenzione, di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.	- AAS1: strumento di valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare. - Tutte le Aziende: adozione formale di un protocollo operativo per l'applicazione dello strumento.
AAS1: coordinare la formazione del personale sanitario su valutazione del rischio cardiovascolare e consiglio breve garantendo la disponibilità di 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei. Le aziende realizzano almeno un corso residenziale ciascuna. Entro il 2016 è formato almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.	- AAS1: 5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei - Tutte le aziende: un corso residenziale - Tutte le aziende: almeno il 7 % degli operatori appartenenti a ciascuna categoria formati: le aziende inviano report con numero degli operatori formati.
AAS4: coordinare un gruppo di lavoro inter-professionale (psichiatri, pediatri, MMG, operatori della salute mentale, anche dell'età evolutiva, e del distretto) per la definizione di modalità di collaborazione al fine di attivare percorsi di presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia e depressivi; avviare la formazione di MMG e PLS Tutte le AAS: partecipare al gruppo di lavoro e alla formazione	Documento condiviso di indirizzo inviato alla DCS

3.2.2. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Proseguono i programmi regionali di screening oncologico mantenendo gli standard dei piani nazionali specifici e delle linee guida europee. La programmazione è volta ad affiancare ad azioni di miglioramento del sistema di

chiamata, azioni di informazione e formazione rivolte alla popolazione ed agli operatori sanitari, con l'obiettivo di mantenere la buona estensione raggiunta dai tre programmi e migliorarne l'adesione.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Tutte le aziende: predisporre un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano a precisi standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Piano di riorganizzazione attività senologica
Tutte le aziende: concordare un protocollo condiviso per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella e il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza.	Proposta di protocollo inviata alla DCS per l'adozione formale
AAS 3: realizzazione laboratorio unico FOBT screening carcinoma del colon retto a San Daniele	- Laboratorio unico FOBT screening a San Daniele - Protocollo, in collaborazione con DCS, di gestione consegna dei campioni per le farmacie
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%)
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
Tutte le Aziende: realizzare almeno un evento formativo accreditato dedicato ai MMG e almeno 3 incontri o iniziative con la popolazione dedicati alla sensibilizzazione sugli screening oncologici	- Almeno un evento a catalogo ECM nel biennio 2015-2016 - Locandina incontri o news delle iniziative sul sito internet aziendale
Tutte le AAS: mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata
Tutte le AAS: unificare le modalità di prenotazione dei pap-test di screening e permettere maggiore flessibilità per l'appuntamento	Tutte le AAS utilizzano le agende CUP e si avvalgono del call center regionale per le modifiche degli appuntamenti di pap-test di screening

3.2.3. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

L'attuale presenza non sistematizzata né standardizzata degli screening neonatali in regione è riordinata definendo ed adottando procedure e percorsi e registrando in modo sistematico i risultati.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	- IRCSS Burlo: procedura regionale definita attraverso un percorso condiviso - Tutte le Aziende: formale adozione della procedura in tutti i punti nascita
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati all'adozione formale di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	- IRCSS Burlo: procedura regionale definita attraverso un percorso condiviso - Tutte le Aziende: formale adozione della procedura in tutti i punti nascita
IRCSS Burlo: coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	- Report di monitoraggio del programma regionale

3.2.4. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

Le scuole sono riconosciute come setting privilegiato per promuovere comportamenti sani e in ragione di ciò diviene indispensabile intervenire sul contesto favorendo da parte della scuola e degli enti gestori un'offerta alimentare più salubre e promuovendo interventi sulla tutela della sicurezza e salute negli ambienti di vita, studio e lavoro, attraverso un'attività educativa e informativa, ma anche preventiva, indirizzata prioritariamente nei confronti dei giovani cittadini e dei futuri lavoratori. L'obiettivo in raccordo con le aziende scolastiche è quello di migliorare gli aspetti della vita scolastica che possono influire sulle condizioni di salute dei ragazzi.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS 2: coordinare l'esecuzione dei progetti <i>what's up</i> Tutte le AAS: realizzare interventi di promozione della salute nelle scuole, compreso il modello <i>what's up</i> , raggiungendo almeno il 40% degli istituti scolastici di competenza.	- AAS2: Report congiunto di attività alla DCS - Tutte le AAS: Report di attività alla DCS
AAS 5: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico Tutte le AAS: realizzare le attività previste	- AAS5: report di attività - Tutte le AAS: programmi avviati o iniziative realizzate
Tutte le AAS: si dotano di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio	Flow-chart adottata formalmente
Tutte le AAS: organizzare almeno un incontro ciascuna tra professionisti sanitari e della scuola, volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale	Almeno un incontro organizzato (Fonte di verifica: verbale)

3.2.5. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

La prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo cruciale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali. È essenziale che siano definite strategie integrate focalizzate sulla potenzialità delle capacità personali sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di

vita. Si tratta sia di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personale in termini di autostima, autoefficacia e resilienza sia di sviluppare modalità di riconoscimento precoce.

Obiettivo aziendale: Tutte le AAS: realizzare almeno un corso di formazione accreditato ciascuna per l'identificazione precoce delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio, compreso il gioco d'azzardo.	Risultato atteso: un corso di formazione per ogni azienda
---	--

3.2.6. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Le malattie croniche devono essere combattute soprattutto agendo sui fattori di rischio, tra i quali la sedentarietà gioca un ruolo fondamentale. Sono quindi realizzate le condizioni necessarie per promuovere l'attività fisica sia come fattore di prevenzione delle malattie croniche sia come strumento di miglioramento del benessere in soggetti già affetti da tali patologie.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS 3: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma Tutte le AAS: assicurare interventi e programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà nella popolazione generale e alla promozione dell'attività fisica nell'anziano, anche in collaborazione con associazioni ed enti locali (es. gruppi di cammino, attività organizzata per anziani, ecc.)	- AAS3: report di monitoraggio - Tutte le AAS: report di attività con interventi, programmi e associazioni ed enti locali coinvolti
Tutte le AAS: realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda

3.2.7. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

Le azioni previste dal Piano regionale della Prevenzione richiedono, quale presupposto, il consolidamento di una rete territoriale forte e motivata di interventi e iniziative finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali.

Obiettivo aziendale: Tutte le AAS: realizzare una mappatura degli stake-holders e delle iniziative locali attive che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva in tema di prevenzione degli incidenti stradali.	Risultato atteso: Lista enti, iniziative con persona di riferimento e contatti resa disponibile alla DCS
--	---

3.2.8. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Rimangono obiettivo prioritario, le azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte alla prevenzione gli incidenti domestici.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS 1: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici. Tutte le AAS: realizzare le attività previste	Report congiunto di monitoraggio delle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Tutte le AAS: realizzare almeno un evento di formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare all'applicazione della check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni	Un evento di formazione sulla check-list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
Tutti i Pronto soccorso: eseguire la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico.	la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico è attiva in tutti i Pronto Soccorso

3.2.9. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)

Il programma VIII è trasversale alle attività di vigilanza e controllo svolte da diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione e finalizzato a migliorarne la qualità e trasparenza ed a incrementare l'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit.

Nuove iniziative di informazione/assistenza/formazione dovranno essere rivolte a professionisti, uffici tecnici delle amministrazioni pubbliche e alle imprese, per l'attuazione della Legge regionale 84 d.d. 01.10.2015 Norme per la sicurezza dei lavori in quota e per la prevenzione di infortuni conseguenti al rischio di cadute dall'alto. A tale proposito, coerentemente con le disposizioni di cui alla DGR n. 2549 del 18 dicembre 2014, le attività di vigilanza sulle imprese saranno anche improntate alla sorveglianza, assistenza e al counselling. Sarà consolidato il confronto con la Magistratura delle Procure della Repubblica della Regione al fine di garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale, nel rispetto prioritario della mission degli organi di vigilanza e di prevenzione del sistema sanitario.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte AAS- SPSAL: partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in edilizia e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
Tutte AAS- SPSAL: partecipare alla elaborazione collaborativa della procedure di vigilanza in agricoltura e diffondere ai portatori di interesse	Report congiunto di attività alla DCS
AAS 4: coordinare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli Tutte AAS – partecipare ai lavori	Proposta di linee guida regionali
Tutte AAS – SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Tutte le AAS: almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo) - Tutte le AAS: 10 audit realizzati ex regolamento 882/2004 (regionale complessivo)
Tutte AAS: individuare un'azienda referente per la realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Corso realizzato
Tutte AAS - SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Tutte le AAS: Operatori formati, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
Tutte AAS: partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

3.2.10. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)

La programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture organizzative di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro privilegerà, in modo coordinato con le diverse funzioni del Dipartimento di Prevenzione e le altre istituzioni competenti, i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate nel corso degli scorsi anni.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	- 5% delle aziende vigilate. - o Agricoltura 5% delle rivendite di macchine agricole e 10% degli allevamenti - o Edilizia: vigilanza nei cantieri secondo la proporzione messa in att negli ultimi 5 anni (pag 85) (Report di attività alla DCS)
Tutte le AAS: realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)

Anche negli altri comparti produttivi o di servizio si dovrà garantire un'omogenea attività di vigilanza e assistenza in materia di salute e sicurezza, ponendo come priorità il controllo dell'adeguatezza della valutazione e delle attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo – scheletrici, quelli correlati allo stress lavoro correlato e quelli legati a rischi emergenti. Sarà inoltre avviato un progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro indirizzato ai dipendenti delle aziende sanitarie come prima applicazione, per poi valutarne successivamente l'estensione ad altri ambiti.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte AAS: realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione in collaborazione una con l'ordine dei medici e una con le aziende ospedaliere, finalizzati ad una maggiore conoscenza per la corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati e 2 iniziative di sensibilizzazione
Tutte AAS: realizzare o completare la valutazione dello stress lavoro correlato nelle aziende segnalate da progetto nazionale	Report di attività alla DCS
Tutte le AAS: Redigere, adottare formalmente e avviare in ogni azienda un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Adozione di regolamento regionale sul fumo - Istituzione del registro aziendale degli accertatori - Offerta di percorsi per smettere di fumare
Tutte le AAS: realizzare, nel biennio 2015-2016, per ogni azienda, almeno un corso destinato ai dipendenti sui corretti stili di vita.	Corso effettuato

3.2.12. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)

La sorveglianza è riconosciuta quale funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo, anche sviluppando e adottando strumenti atti alla rilevazione delle differenze di genere. Lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza è elemento strategico non solo per le necessarie valutazioni epidemiologiche ma anche al fine di misurare l'efficacia delle varie iniziative di prevenzione intraprese, come nel caso della tutela della salute e delle condizioni di vita, individuali e sociali, delle donne affette da endometriosi. Saranno mantenuti

attivi i progetti nazionali di sorveglianza e monitoraggio secondo le indicazioni del Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 81/08; il ruolo del Comitato regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del DLgs 81/08 sarà valorizzato come luogo di condivisione, coordinamento e monitoraggio di tali programmi con le parti sociali e le altre istituzioni, in coerenza con i principi di trasparenza, semplificazione ed efficacia.

Nell'ambito Veterinario e degli Alimenti la Regione è impegnata a implementare e alimentare le infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: elaborare 2 indicatori atti a rilevare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e ad un percorso di cura	Report della DCS
IRCCS Burlo Garofolo: mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione
Tutte le AAS: alimentare le banche dati informo e malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Tutte le AAS: inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Tutte le AAS: monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 25% delle verifiche effettuate da ogni azienda è inserito a data base
Tutte le AAS: 2. Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti/registrati nel sistema SIMVSA al fine di allineare la banca dati SISAVER con gli ATECO previsti dalla masterlist Regolamento CE 852/2004	100% delle anagrafiche inserite

3.2.13. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)

Relativamente alla tematica Ambiente e Salute verranno sviluppate le attività previste dal Programma XII: "Ambiente e salute facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"" del PRP, , consolidando la collaborazione con ARPA e addivenendo, in collaborazione tra Dipartimenti di Prevenzione e Osservatorio Ambiente e salute, alla definizione di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche ed alla predisposizione di azioni urgenti a tutela della salute umana. Nel 2016 sarà attuato quanto previsto dal citato Piano Regionale della Prevenzione in tema di conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione, con gli obiettivi specifici di programmare iniziative di formazione e informazione, mantenere il sistema di monitoraggio al COR e rendere disponibili i dati sui soggetti attualmente esposti. Rimangono prioritarie le attività di sostegno alle persone affette da malattie amianto correlate e di contenimento dei rischi da amianto attraverso l'attività di prevenzione, in particolare la sorveglianza ex esposti ad amianto.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: Dar seguito alle attività del "Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n. 630/SPS del 12/08/2015 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali, con la definizione di protocolli operativi di	Tutte le AAS: in coerenza con i risultati dell'indagine effettuata nel corso del 2015, redigere un documento con l'insieme delle criticità e delle procedure relative alle acque

sorveglianza epidemiologica da applicare ad aree critiche di particolare interesse.	destinate al consumo umano relative al proprio territorio e finalizzato alla stesura del protocollo regionale.
Tutte le AAS: Nell'ambito del tavolo tecnico di "Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)" istituito con Decreto n.343/SPS del 19/05/2015 approfondire le metodologie per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori nell'ambito del progetto CCM Tools 4HIA che si concluderà nel primo semestre del 2016.	Partecipazione delle aziende al tavolo VIS
Tutte le AAS: Relativamente alla promozione della sostenibilità e dell'eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon, dovranno essere realizzate dai Dipartimenti di prevenzione in collaborazione con ARPA iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori della sanità e agli ordini professionali. Tutte le AAS: dopo aver condiviso i contenuti formativi nell'ambito del tavolo VIS, individuare in modo coordinato un'azienda referente, che con la collaborazione di ARPA realizza un evento formativo per progettisti e uno per operatori.	un evento formativo per progettisti e uno per operatori.
Tutte le AAS: garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, di almeno 1.	Almeno 1 controllo eseguito
AAS n.4 (referente regionale per la cosmetico vigilanza): organizzare e realizzare un evento formativo sul rischio chimico nei cosmetici ed in campo estetico (pigmenti per tatuaggio).	Evento formativo realizzato
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" (referente regionale per la vigilanza sui fitofarmaci): organizzare e realizzare un evento formativo sui Regolamenti (CE) Reach e CLP per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione interessati al controllo sui fitofarmaci con la finalità di informare e assistere le imprese del settore.	Evento formativo realizzato
Tutte le AAS: sensibilizzare gli "end user" sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH: i Dipartimenti di Prevenzione provvedono a individuare tra i settori economici produttivi di maggiore rilievo regionale gli end users specificatamente produttori di articoli e una ASS capofila per l'organizzazione e realizzazione di un evento formativo per le imprese del settore e RSPP	Evento formativo realizzato
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA) realizzare una campagna informativa rivolta alla popolazione, in accordo con l'Area Promozione della Salute e Prevenzione della Regione.	Campagna informativa realizzata
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA): mantenere a Palmanova e Monfalcone ambulatori specificamente dedicati alla sorveglianza ex esposti ad amianto, coordinando inoltre l'analoga attività nelle altre aziende sanitarie.	Report regionale di attività
Tutte le AAS: 1. Raccogliere i dati relativi agli ex esposti e inviare al COR 2. Assicurare la trasmissione delle schede ReNaM 3. Trasmettere i dati sui soggetti esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Tutte le AAS: promuovere la sensibilizzazione sul corretto uso della telefonia cellulare; dopo condivisione della documentazione di riferimento programmare eventi formativi destinati in particolare ai pediatri, agli insegnanti e agli operatori della prevenzione.	Report alla DCS con numero di operatori formati.

3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

L'obiettivo di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie verrà perseguito attraverso la realizzazione di programmi di vaccinazione che avranno, inoltre, l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze attraverso interventi preventivi su patologie maggiormente diffuse tra gli strati di popolazione più svantaggiati garantendo, attraverso l'offerta attiva e interventi mirati su gruppi più fragili, uguale opportunità per i cittadini. In merito agli indicatori previsti dall'attuale PNPV dall'analisi dei dati di copertura vaccinale, appare chiaramente come si sia registrata, a livello regionale, una diminuzione percentuale tra il 2013 e il 2014 delle coperture per tre dosi di vaccino Difterite- Tetano, Polio, Pertosse, Epatite B, Hib, pari a circa -2% e per una dose di morbillo, rosolia, parotite e pneumococco pari a -4%. L'obiettivo pertanto sarà migliorare le attuali coperture vaccinali anche potenziando l'informazione e la comunicazione del rischio. Si lavorerà inoltre al miglioramento dei sistemi di sorveglianza, al miglioramento dell'accesso al test HIV, alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, alla formazione per un corretto uso degli antimicrobici.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: realizzare un corso di formazione ciascuna sulla sorveglianza di malattie prevenibili con vaccino (morbillo, malattie batteriche invasive) con almeno il 50% di operatori formati (MMG, PLS, Operatori dei servizi vaccinali e di profilassi delle malattie infettive, direzioni ospedaliere).	Corso realizzato
Tutte le AAS: definire i percorsi di collaborazione ospedale-territorio per la gestione dei casi di TBC, verificando la coerenza con le linee regionali aggiornate dal tavolo regionale	Flow-chart aziendale
Tutte le AAS: garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima.	Evidenza del percorso sul sito internet aziendale
Tutte le AAS: partecipare ai gruppi di lavoro regionale finalizzati alla stesura di protocolli per la vaccinazione di soggetti fragili/a rischio e alla comunicazione per la vaccinazione Tutte le AAS: garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino in collaborazione tra servizi di farmacovigilanza e servizi vaccinali realizzando il causality assessment per tutte le reazioni gravi.	- Miglioramento delle coperture vaccinali - Report aziendale inviato alla DCS
Tutte le Aziende: tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Tutte le aziende: effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
Tutte le aziende: effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Tutte le aziende: collaborare alla realizzazione di un evento di formazione sull'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali e partecipare alla formazione organizzata per il corretto uso degli antimicrobici negli allevamenti industriali	Evento di formazione realizzato
Tutte le Aziende: partecipare alla stesura e adottare le linee guida regionali per la gestione di un caso/focolaio di malattia da alimenti (MTA)	- adozione formale delle linee guida regionali - aggiornata procedura aziendale di notifica delle malattie infettive e di organizzazione dell'indagine epidemiologica in corso di MTA

Tutte le Aziende: partecipare alla realizzazione del Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	Partecipazione alla realizzazione del piano
--	---

3.2.15. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

L'assistenza sanitaria ai migranti non può essere più considerata un episodio emergenziale temporaneo ma è, di fatto, funzione stabile di tutti i dipartimenti di prevenzione e richiede pertanto un impegno aggiuntivo di risorse e personale.

Per la riduzione dei rischi di trasmissione da malattie infettive croniche come l'epatite è emersa l'importanza di sensibilizzare e informare in nuovi settori lavorativi (tatuatori, piercer, estetisti, ecc). Un costante flusso di dati relativo al profilo di chemiosensibilità dei microrganismi isolati e al consumo di antimicrobici a disposizione dell'operatore sanitario rappresenta la premessa fondamentale per la pianificazione di programmi di stewardship antibiotica volti al contenimento della diffusione ambientale dei microrganismi MDR e di un utilizzo eccessivo degli antibiotici. Infatti, una efficace "policy" per una gestione più razionale dei farmaci antimicrobici non può prescindere da un adeguato programma di formazione e informazione, avente come destinatario tutto il personale operante in ambito sanitario, ma anche in quelli zootecnico e agricolo, finalizzato alla diffusione di una cultura sul buon utilizzo dei farmaci antimicrobici e sulla prevenzione del rischio infettivo connesso alla possibile trasmissione di microrganismi patogeni in ambiente ospedaliero ed extra-ospedaliero.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
Tutte le AAS: realizzare in modo coordinato almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Realizzato un intervento formativo/informativo
Tutte le AAS: garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Tutte le AAS: diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

3.2.16. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)

Prosegue il lavoro dedicato agli obiettivi del programma guadagnare salute con l'impegno rivolto alla promozione di una corretta alimentazione attraverso la realizzazione delle azioni previste dal programma XV "Alimentazione e salute: promozione di una alimentazione sana, sicura e sostenibile" del PRP in integrazione con i programmi I "Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici", III "Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani" e X Emersione e prevenzione delle malattie professionali in FVG e promozione della salute nei luoghi di lavoro. Per promuovere stili alimentari salutari, in particolare favorendo il maggior consumo di frutta e verdura e di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta e l'utilizzo di dosaggi ridotti di sale, purché "iodato", i Dipartimenti di Prevenzione saranno impegnati nel sensibilizzare su queste tematiche PA e Enti, anche avvalendosi della partecipazione alle gare d'appalto per i servizi di ristorazione collettiva dedicati a ogni fascia d'età. L'impegno nella formazione di operatori sanitari, coordinato con gli interventi previsti dal programma I e X, garantirà un importante sostegno alla diffusione dei valori di salute, sicurezza e sostenibilità legati alle scelte alimentari.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende con punti nascita: costituire un gruppo di lavoro aziendale per la promozione dell'allattamento al seno con le componenti previste dal	- gruppo aziendale costituito e referente individuato

piano prevenzione, individuare il referente al tavolo regionale e redigere un piano finalizzato ad aumentare il numero di donne che alla dimissione allattano al seno in modo esclusivo.	- adozione formale del piano
Tutte le Aziende con punti nascita: svolgere l'autovalutazione dei punti nascita secondo manuale UNICEF	Report di autovalutazione
Tutte le AAS: Realizzare il censimento delle sedi operative di ristorazione collettiva con verifica dell'applicazione delle linee guida regionali/nazionali e monitoraggio della realizzazione delle attività previste dal programma.	Censimento con monitoraggio delle attività inviato alla DCS
Tutte le AAS: rilevare la presenza del sale iodato nel 70% dei controlli svolti negli esercizi di vendita e nelle imprese di ristorazione collettiva e realizzare il monitoraggio della promozione del sale iodato, richiesta dal Ministero, inserendo nel programma SISAVeR i dati dei controlli ufficiali	Dati inseriti
Tutte le AAS: individuare un'azienda referente e realizzare in modo coordinato un evento formativo/informativo sull'etichettatura in applicazione del regolamento CE 1169/2011	Evento realizzato

3.2.17. Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

Le aziende sanitarie dovranno realizzare gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di *sicurezza alimentare e di salute e benessere animale*, in particolare:

- ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare;
- attuare con maggior incisività il progetto Piccole Produzioni Locali;
- programmare attività di audit;
- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;
- attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini
- attuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto
- applicare il Decreto Ministeriale sulle misure di eradicazione della Scrapie su base genotipica;
- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello Regionale.

Di seguito si indicano gli specifici obiettivi aziendali con il relativo risultato atteso:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Elaborazione e condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni.
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2015	<i>Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione ogni AAS deve indicare nel proprio PAL il n.ro di interventi programmati per il 2016 che costituiranno il risultato atteso aziendale:</i> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2016 - il n. audit per settore programmati per il 2016 - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento	Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero

del Servizio SIAN.	di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2015
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria

La LR 17/2014 ha dettato le linee generali di sviluppo dell'assistenza primaria. La profonda ridefinizione dell'organizzazione, per poter essere in grado di gestire il processo di deospedalizzazione e di appropriata gestione dei diversi livelli di erogazione dei servizi sanitari, ha richiesto un lavoro preparatorio.

In particolare:

- sono state istituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);
- è stata riprogrammata l'attività di raggruppamento associativo della Medicina Generale;
- è stata ridisegnato l'approccio alla gestione delle patologie croniche;
- è stato disegnato il processo della medicina di iniziativa.

Ciò ha comportato il riorientamento del ruolo della Medicina Generale, nell'ambito dell'assistenza primaria. Sono state inoltre individuate le risorse necessarie all'attivazione dell'intero nuovo sistema di potenziamento dell'assistenza primaria.

Le Aziende per l'assistenza sanitaria procedono all'aggiornamento/revisione del Piano dell'assistenza primaria, secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, entro 60 giorni dall'emanazione delle stesse, con la finalità di portare a regime l'attivazione di tutte le AFT e di avviare, anche attraverso un modello organizzativo funzionale, almeno 2 CAP per Azienda entro il 2016. Contestualmente alla progressiva attivazione delle AFT, le Aziende utilizzano, quale strumento di governo e gestione dell'assistenza primaria, i regolamenti di esercizio per l'individuazione degli obiettivi di salute, gestionali ed organizzativi delle forme associative.

I temi principali di intervento riguarderanno:

- la gestione della appropriatezza del ricorso alla specialistica ambulatoriale;
- la gestione della appropriatezza della prescrizione farmaceutica;
- la gestione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (per quanto di pertinenza della assistenza primaria);
- la gestione della malattia cronica secondo modelli innovativi;
- l'avvio della medicina di iniziativa ad iniziare dal diabete e dalla fragilità;
- la promozione della salute attraverso la raccolta delle informazioni atte a registrare gli stili di vita dei cittadini e all'avvio di iniziative educative volte alla modifica degli stili scorretti;
- la prevenzione attraverso la promozione degli screening oncologici e la promozione delle vaccinazioni sia nell'età adulta che in quella pediatrica/evolutiva.

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

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

3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari

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

Accreditamento

Il programma regionale dell'accreditamento per le strutture private è in fase di completamento. Nel 2015 sono state definitivamente accreditate gli stabilimenti termali, e sempre nel 2015 sono stati programmati i procedimenti per le rimanenti strutture territoriali che saranno attivati nell'anno 2016.

Con la DGR 2220/2015 è stata recepita l'Intesa CSR del 19/2/2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie ed è stato istituito l'organismo tecnicamente accreditante rappresentato dalla conferenza dei referenti aziendali dell'accreditamento. Nel corso del 2016 agli enti del SSR, è pertanto richiesto di dare attuazione a tutti gli adempimenti previsti nella citata DGR 2220/2015, tra cui il reclutamento di nuovi valutatori, l'addestramento e la messa a disposizione dei valutatori formati per le procedure di autorizzazione/accreditamento regionale come da programma annuale approvato dall'organismo tecnicamente accreditante.

Nell'ambito di tale programma, che sarà comunicato a tutti gli enti del SSR, è previsto, entro il 2016, il completamento dell'accreditamento di tutti gli ospedali della regione.

La direzione centrale salute procede all'adeguamento dei requisiti di accreditamento, attraverso il regolamento di cui all'art. 49 della legge regionale n. 17/2014, in coerenza con il cronoprogramma stabilito dell'allegato A della citata Intesa CSR del 19/2/2015.

Odontoiatria sociale

Nel corso del 2015 è stato redatto un progetto di potenziamento dell'odontoiatria sociale con l'obiettivo di uniformare i livelli di assistenza forniti nel territorio regionale, le modalità di organizzazione dei servizi (tipologia di prestazioni offerte, criteri di accesso, di priorità e di compartecipazione ai costi) ed i livelli quali-quantitativi, razionalizzando ed utilizzando con maggiore efficacia ed efficienza la spesa già in essere e potenziando i servizi dove se ne ravvisa la necessità. Nel 2016 si darà graduale attuazione al programma in tutto il territorio regionale predisposto a cominciare dalle prestazioni odontoiatriche urgenti e delle categorie di soggetti previsti dai LEA e dalle protesi dentarie secondo criteri definiti nell'apposito documento regionale.

Cure palliative

Nel 2015 è stato definito il modello organizzativo delle reti per le cure palliative e per la terapia del dolore. Nel 2016 si procederà alla riorganizzazione e all'accreditamento delle reti, garantendone l'integrazione con gli altri percorsi erogati dal territorio. Inoltre, nel corso dell'anno, sarà attivato il percorso formativo regionale per i professionisti e gli operatori delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore e si procederà alla nomina dei componenti del coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore e all'attivazione dei tavoli di lavoro per i percorsi clinico-assistenziali e il monitoraggio delle reti. Presso ciascun Distretto sarà istituito un servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale, anche a valenza sovra distrettuale, come stabilito dall'art 19 della legge regionale n 17/2014.

Salute mentale

Nel corso del 2016, con il contributo di professionisti esperti delle AAS, si procederà alla redazione del piano della salute mentale in coerenza con gli indirizzi del Piano di azioni nazionale per la salute mentale.

Nell'ambito della salute mentale in età adulta ed in età evolutiva, in continuità con gli obiettivi perseguiti nel 2015, si continuerà nel percorso di miglioramento della rete dei servizi territoriali attraverso specifiche strategie per recuperare e riconvertire le risorse destinate agli interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. Saranno oggetto di monitoraggio regionale i seguenti obiettivi:

- contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali con il recupero, entro il 31.12.2015, di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2015;

- realizzazione dei servizi di riabilitazione psichiatrica con aumento del numero di educatori professionali rispetto a medici ed infermieri;
- avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva in attuazione agli impegni previsti nei Piani Nazionali di salute mentale dell'età evolutiva, in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita, la diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti, il riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario;
- consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del comportamento alimentare, potenziando il primo ed il secondo livello, attuando gli accordi ospedale territorio nei casi in cui sia necessario il ricovero in reparti per acuti e quelli tra i servizi di NPI e i DSM, relativamente alle fasi di passaggio;
- sviluppo di progetti per l'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria, con un punto di accesso distrettuale rivolto all'anziano.

Nel corso del 2016 si riprenderanno le attività regionali di collaborazione con i DSM al fine di migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale, secondo le indicazioni contenute nel manuale ministeriale 2014, adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

È prevista la diffusione e l'applicazione del Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), definito e promosso dall'OMS, con lo scopo di strutturare e sviluppare un sistema di relazioni tra medici di medicina generale e servizi di salute mentale, per poter gestire in modo integrato i disturbi psichiatrici comuni e favorire l'identificazione precoce e la continuità terapeutica nella psicosi.

Dipendenze

Per quanto riguarda le dipendenze dovrà essere promossa l'applicazione del Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti.

Per il trattamento e la cura delle dipendenze dovrà essere promossa l'applicazione del Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti. Relativamente agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale si intende proseguire il confronto fra i servizi dipartimentali per le dipendenze. Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome.

Obiettivo Aziendale Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. Partecipazione ai tavoli di confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	Risultato atteso 1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. 2. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. 3. Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette per il confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. 4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.
--	--

Sanità penitenziaria

Nel corso del 2015 le Aziende per l'assistenza sanitaria hanno contribuito alla revisione del Protocollo inter istituzionale di collaborazione con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria, di prossima approvazione.

Le Aziende presenteranno entro il primo semestre del 2016 i Protocolli operativi locali redatti in collaborazione con le Direzioni degli istituti penitenziari, coerenti con i contenuti dell'approvando Protocollo regionale.

È stato redatto il documento regionale di recepimento dell'Accordo in Conferenza unificata relativo a *“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”* (Rep. N. 3/CU del 22.1.2015), di prossima approvazione.

Nel corso del 2015 è stato istituito l'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria costituito da rappresentanti della Regione, delle Aziende sanitarie, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile competenti territorialmente e dalla Magistratura di Sorveglianza, con funzioni di monitoraggio, valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari in ambito penitenziario.

Nel 2016 sarà data particolare importanza all'analisi dei servizi aziendali per l'assistenza sanitaria, all'individuazione di percorsi assistenziali omogenei per la popolazione detenuta che tengano conto delle fasi di accoglienza, detenzione e dimissione/trasferimento e alle modalità di trattazione della documentazione clinica. Gli argomenti saranno approfonditi a cura di gruppi di lavoro individuati nell'ambito dell'Osservatorio.

Nel 2016 si provvederà, inoltre, ad attivare il gruppo tecnico per la prevenzione dei suicidio e dei gesti autolesivi in carcere, così come previsto dalle *«Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale»* approvate in Conferenza Unificata.

Ospedali psichiatrici giudiziari

Nel corso del 2015 sono stati dimessi tutti i pazienti residenti in FVG e internati negli OPG di macro bacino e formulati i programmi terapeutico riabilitativi individuali, condivisi con l'autorità giudiziaria. È stato avviato il Programma per la gestione transitoria della funzione di superamento degli OPG, di cui alla delibera di Giunta 622/2015, finalizzato all'accoglienza delle persone internate secondo il principio della territorialità. Nel corso del 2016, a seguito del prospettato passaggio delle funzioni di superamento degli OPG, si intende avviare la valutazione del su citato Piano per la gestione degli interventi transitori attuato nel 2015.

Saranno promosse iniziative di formazione che riguardano la progettualità terapeutico individuale e la realizzazione di azioni finalizzate alla dimissione e il reinserimento sociale delle persone internate, anche con il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria.

Le Aziende dovranno proseguire e, laddove possibile, attuare gli interventi finalizzati alla ristrutturazione delle 3 REMS definitive da inserire nella rete dei servizi sanitari regionali per la salute mentale, individuate dal programma di superamento degli OPG di cui alla delibera di Giunta 444/2015, fatti salvi riorientamenti a seguito di valutazioni delle attività.

Riabilitazione

Con l'applicazione degli standard individuati dalla nuova riforma è previsto un aumento considerevole dei posti letto di riabilitazione, sia ospedalieri che territoriali nelle RSA, secondo la DGR n. 2151/2015. Tali posti nascono dalla riconversione di posti letto per acuti e post-acuti attualmente presenti nel sistema, ma prevedono standard di personale di riabilitazione, in particolare fisioterapisti e logopedisti, attualmente non presenti nelle dotazioni delle singole aziende sanitarie. È necessario, pertanto, che ogni azienda individui i posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale e, nel contempo, avvii un percorso di revisione qualitativa della propria dotazione di personale finalizzato ad acquisire le figure necessarie ad ottemperare agli standard previsti per tale tipologia di attività.

Il piano regionale della riabilitazione, in applicazione all'articolo 37 della Legge regionale n. 17/2014, prevederà la costruzione di una rete riabilitativa regionale a garanzia di un percorso riabilitativo unico integrato alle persone con disabilità. Il perseguimento di tale obiettivo richiede una riorganizzazione dell'offerta di prestazioni

riabilitative in regime di ricovero, residenziale, semi-residenziale ed ambulatoriale, al fine di consentire una configurazione organizzativa delle strutture assistenziali e un sistema di governo dei processi in grado di offrire continuità di cura, equità di accesso e omogeneità di trattamento in tutto il territorio regionale.

Per quanto riguarda le Gravi cerebro-lesioni acquisite, *Il percorso clinico assistenziale delle persone con Grave Cerebro-lesione Acquisita e la rete per le gravi cerebro-lesioni in Friuli Venezia Giulia*”, adottato con la Delibera di Giunta 1309 del 25 luglio 2012 in attuazione alle “Linee di indirizzo per l’assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza”, approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 5 maggio 2011, dovrà essere rivisto ed aggiornato nell’ambito del piano regionale della riabilitazione.

Si dovrà avviare un processo di valutazione della presa in carico del paziente da riabilitare, nonché degli esiti del piano riabilitativo, attraverso l’adozione di strumenti validati in ambito nazionale/internazionale.

Percorso nascita

L’Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, n. 137 prevede l’attuazione da parte nelle singole Regioni di 10 linee di azione orientate al miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Tali linee di azione sono state declinate ed adattate alla realtà regionale del Friuli Venezia Giulia nella delibera di recepimento del suddetto accordo (Delibera Giunta Regionale 15 giugno 2012, n. 1083).

Il monitoraggio e la verifica dell’attuazione delle linee a livello nazionale è affidata al Comitato per il percorso nascita del Ministero della Salute che opera con il supporto dei Comitati regionali (in Friuli Venezia Giulia istituito con Decreto 534/DC del 22 giugno 2012 e successive modifiche).

Nel corso del 2016 proseguiranno le attività di monitoraggio del Comitato Percorso nascita regionale, ai cui lavori partecipano i referenti aziendali di tutte le Aziende, sullo stato di attuazione delle suddette linee di azione, con particolare riferimento a:

- rispetto da parte dei Punti Nascita pubblici e privati delle misure di sicurezza già individuate con DGR 1083/2012
- formalizzazione, nell’ambito del piano delle emergenze, del trasporto assistito materno (STAM) e del trasporto di emergenza neonato (STEN), secondo i principi e l’organizzazione definiti nel Piano regionale dell’emergenza urgenza di cui alla DGR n. 2039/2015.
- integrazione ospedale e assistenza primaria anche attraverso l’implementazione di un’Agenda della Gravidanza
- predisposizione di percorsi assistenziali omogenei e condivisi per la parto-analgesia farmacologica e non
- azioni per la promozione di un ricorso al taglio cesareo, al parto operativo e al parto indotto appropriato a livello regionale
- adozione di percorsi che commisurino i livelli di cura al grado di rischio della gravidanza. Questo si concretizza nella definizione di percorsi assistenziali omogenei a livello regionale che garantiscano continuità assistenziale, indipendentemente dal punto di accesso alla rete, e accompagnamento verso la scelta del Punto nascita più adeguato al profilo di rischio (alto o basso rischio). Va promosso nel contempo il recupero della naturalità dell’evento nascita attraverso percorsi che privilegino il ruolo dell’ostetrica nella gravidanza fisiologica e la gestione presso i servizi dell’assistenza primaria.
- adozione di una carta dei servizi aziendale per il percorso nascita
- implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali relative alla prevenzione della morte materna e del neonato di peso > 2500 grammi
- temi inerenti il percorso nascita inseriti nei piani aziendali di formazione.

I referenti aziendali partecipano alle riunioni del Comitato e collaborano attivamente alle attività allo stesso attribuite dal Decreto suddetto. Le aziende mettono in atto le azioni idonee al raggiungimento degli obiettivi su esposti.

Diabete

Con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che dovrà essere applicato nel corso del 2016.

Autismo

Nel corso del 2015 sono iniziati i lavori tecnici per la definizione di un percorso assistenziale per il cittadino affetto da disturbi dello spettro autistico che tiene conto delle indicazioni della recente Legge 18 agosto 2015, n. 134 recante “ Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”.

Considerata la complessità di approccio alla tematica e la necessità di definire un sistema integrato di interventi coordinati e personalizzati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da un disturbo che l'accompagnerà durante tutto l'arco di vita e del suo contesto, secondo il principio del “Sistema Curante” , i lavori proseguiranno per tappe successive nel 2016 focalizzando l'attenzione sulla diagnosi precoce, sul minore attraverso le differenti fasi di sviluppo, sull'adolescente con il passaggio delle cure dai Servizi preposti all'infanzia a quelli dell'adulto e sull'individuo in età adulta.

Le Aziende contribuiranno con i propri rappresentanti esperti nella materia alla definizione della rete di assistenza.

Consultori Familiari

Nel corso del 2015 è stata avviata una ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consultori familiari, strutture operanti nell'ambito dell'area materno-infantile.

Nel corso del 2016 verrà completata la ricognizione e predisposto un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale.

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

L'implementazione dell'attività di collaborazione internazionale nel settore sanitario e sociosanitario necessita di una pianificazione strategica da realizzare in una logica di rete che coinvolga i principali attori del settore nel territorio regionale, che oltre agli enti del SSR comprenda anche il mondo accademico e il sistema della ricerca scientifica e tecnologica.

Al fine di indirizzare l'attività di collaborazione internazionale nell'ambito sanitario e sociosanitario, sarà costituito un apposito Comitato di indirizzo, formato da rappresentanti degli attori del territorio regionale. L'obiettivo generale è quello di favorire la partecipazione del sistema sanitario regionale alle attività di collaborazione internazionale con una logica di lavoro di rete, in un'ottica di trasferibilità e replicabilità dei risultati, anche mediante il coinvolgimento del target di popolazione interessato dall'intervento, su tematismi afferenti al Piano Strategico regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.

In particolare l'attività di collaborazione internazionale nel settore sanitario e sociosanitario sarà indirizzata su tre direttrici principali

- sviluppo di collaborazioni in Area UE, per migliorare servizi e politiche, sia bilaterali sia multilaterali;

- sviluppo di collaborazioni tra aree geografiche transfrontaliere, come il Land Carinzia, la Repubblica di Slovenia e la Repubblica di Croazia per favorire l'integrazione dei servizi di urgenza-emergenza, lo scambio di informazioni sanitarie anche rispetto all'accreditamento delle strutture, la collaborazione nelle materie di interesse strategico a favore delle popolazioni contermini, lo scambio di esperienze protese al miglioramento dei servizi sanitari e sociali, utilizzando risorse da acquisire con progetti finanziati dall'Unione Europea o cofinanziati;
- collaborazione istituzionale strategica, nell'area balcanica e in altre aree geografiche extra UE identificate dalla Giunta regionale, finalizzata a sostenere lo sviluppo dei servizi sanitari di quei Paesi, mediante un supporto al management, alla formazione di personale sia in loco che in Regione, all'implementazione di strumenti di management, di gestione informatizzata e di progettazione.

Avuto riguardo alle tre direttrici di attività sopra esplicitate, ai singoli Enti del SSR, nel rispetto dell'autonomia propositiva di ogni Ente, è affidato il seguente obiettivo:

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO
Partecipazione ad attività di collaborazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su temi afferenti alla pianificazione regionale.	Partecipazione ad almeno un'iniziativa/proposta progettuale a valere su Programmi europei o di cooperazione internazionale, anche congiuntamente ad altri Enti del SSR, su tematica afferente al Piano Strategico regionale ed alla pianificazione regionale specifica del settore sanitario e sociosanitario.

3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

In continuità con la programmazione dell'anno 2015, obiettivo prioritario nell'ambito della riorganizzazione sanitaria regionale prevista dalla legge di riforma n. 17/2014, è quello di consolidare le attività avviate. In particolare, rispetto alle reti già deliberate, sarà di centrale importanza attuare i percorsi assistenziali già decretati in ambito regionale e definirne di nuovi quali strumenti operativi e di facilitazione per la connessione tra i nodi delle reti.

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

Con la DGR n. 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti; con DGR 2.533/2014 e 1.539/2015 sono state attivate le filiere Fegato e Rene, mentre sono ancora da formalizzare l'avvio delle filiere Cuore, Pancreas e Polmone ed i percorsi assistenziali di tutte le reti. Partendo da contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2016 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

Cuore

1. Formalizzazione della filiera *cuore* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti ed avvio delle attività con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale relativo ai pazienti trapiantati.
2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
3. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2014 di 226,31 – fonte Bersaglio)

Rene

1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati.
2. Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale).
3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di immissione in lista trapianto (almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi), aumento dei casi di trapianto da vivente (almeno 8 casi), utilizzo del doppio rene marginale (almeno 5 casi) ed utilizzo presso il Centro trapianti di almeno il 75% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).

Fegato

1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati.
2. Avvio dell'attività della struttura autonoma di Epatologia con degenze per i pazienti trapiantati di fegato presso il presidio ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Udine.
3. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).

Pancreas

1. Formalizzazione della filiera *pancreas* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.
2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 53 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2014 di 67,59 x milione – fonte Bersaglio).

Polmone

1. Formalizzazione della filiera *polmone* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.

2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2014 del 82,16 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).

3.4.2. Emergenza urgenza

Per il 2016 vengono individuati gli obiettivi di seguito specificati:

Ictus

1. Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2016 di almeno 300 trattamenti nel territorio regionale (202 nei primi 10 mesi 2015 - fonte SDO).
2. Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione dal 1/7 al 31/12 2016).

Emergenze cardiologiche

1. Formalizzazione della rete *emergenze cardiologiche* con individuazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

Trauma

1. Formalizzazione della rete *trauma* e avvio di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio degli esiti.
2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.

Pronto soccorso ed emergenza urgenza

1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2014 del 66,19% - fonte Bersaglio)
2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2014 del 72,02% - fonte Bersaglio)

3.4.3. Reti di patologia

L'articolo 39 della legge regionale 17/2014 prevede la messa in rete delle strutture e dei professionisti per diverse patologie con il fine di garantire al paziente, in tutto l'ambito regionale, una maggiore appropriatezza e percorsi assistenziali standardizzati altamente qualificati. Tale approccio richiederà il confronto costante dei professionisti, fra loro e con i rappresentanti dei cittadini, e garantirà di conseguenza una migliore diffusione delle conoscenze. Le reti dovranno essere organizzate in modo da consentire la condivisione di informazioni cliniche, la comunicazione tra i professionisti per migliorare i setting assistenziali delle diverse condizioni di malattia, ponendo al centro dell'azione assistenziale la persona e la sua famiglia. A parte quelle di cui ai punti 3.4.1. e 3.4.2., nel corso del 2016 si prevede anche l'avvio dell'attività nei seguenti ambiti con gli obiettivi sotto specificati.

Malattie rare

1. Rilancio della rete *malattie rare* con formalizzazione di almeno 3 percorsi assistenziali.
2. Individuazione dei centri regionali, extra-regionali ed eventualmente internazionali che costituiscono riferimento per i singoli gruppi di malattia come previsto dal DM 279/2001.
3. Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001,

Malattie reumatiche

1. Formalizzazione di almeno 2 Percorsi assistenziali, individuando anche specifici indicatori di esito clinico.

Cure palliative e terapia del dolore

1. Formalizzazione ed avvio della rete delle *cure palliative e terapia del dolore*.
2. Utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e delle modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche, che private accreditate, che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare.
3. Riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo l'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio.
4. Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.
5. Favorire la permanenza e la gestione del fine vita a domicilio con incremento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni, rispetto al 2015.

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

3.4.4. Materno-infantile

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

1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica
2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2014 pari a 17,28% - fonte Bersaglio).
3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2014 pari a 26,78% - fonte Bersaglio).
4. Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola equipe chirurgica ed anestesiológica.

L'IRCCS Burlo Garofolo collaborerà con la DCS allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi innovativi, anche in prospettiva del prossimo piano obiettivo materno-infantile.

3.4.5. Sangue ed emocomponenti

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

1. Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma. I valori attesi per il 2016 sono i seguenti:
 - a. plasma da lavorazione di sangue intero (valore 2014 +/- 2 %)
 - b. plasma da aferesi (valore 2015 aumentato del 2%)
2. Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte delle AOU di Udine e Trieste, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale, da armonizzare con le previsioni del nuovo Piano Sangue Regionale.
3. Garantire la sicurezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza del rischio trasfusionale.

4. Verifica dell'appropriatezza trasfusionale e promozione dell'appropriatezza della richiesta di trasfusione raggiungendo una riduzione di almeno il 15% delle sacche consegnate e non utilizzate nei contesti ad elevata inappropriatezza (superiore al 10%).
5. Proseguire l'attività trasfusionale extra-ospedaliera con l'obiettivo di limitare l'accesso dei pazienti in RSA o in Residenza per anziani agli ambulatori dei servizi trasfusionali per la sola terapia trasfusionale; l'obiettivo è che almeno l'80 % di tali pazienti è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale (monitoraggio effettuato dalle strutture trasfusionali regionali).

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

Nel corso del 2016 si procederà al rinnovo biennale dell'accreditamento delle strutture trasfusionali regionali, secondo le previsioni della DGR 2528/2011

3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza

Nel 2016 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti cercando, nel contempo, l'appropriatezza ed il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. La programmazione dell'attività delle singole Aziende, sulla base della mission istituzionale assegnata, deve tendere ad una riconversione delle stesse, diminuendo il numero delle prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando il numero di quelle appropriate che più necessitano dal punto di vista della domanda. Prioritariamente devono essere mantenute le prestazioni urgenti e indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria. In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. Riduzione dei numero di ricoveri in Day Hospital medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatrici (valore medio regionale del 2014 di 41,76% per gli adulti e 75,70% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.
2. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2014 di 5,49% - fonte Bersaglio).
3. Riduzione della degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati al di sotto di 0,9 (valore medio network 2014 di 0,79-1,35 - fonte Bersaglio).
4. Riduzione della percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC in una struttura regionale, al di sotto del 5% (valore medio regionale 2014 di 5,39% - fonte Bersaglio).

3.4.7. Tempi d'attesa

Con la DGR 2034/2015 sono state definite le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa. Per quanto riguarda lo specifico argomento dei tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2016 si prevede quanto segue:

- Per le prestazioni di primo accesso con priorità 'B' o 'D' ogni AAS è tenuta a garantire il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti, con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate.
- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: *Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa*).
- Le AAS, nell'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio, sono tenute al rispetto della classe di priorità definita dal prescrittore, con le apposite procedure, per le priorità 'B' e 'D'.

- La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).
- Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale.
- Le AAS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta per la priorità P, secondo le indicazioni del gruppo tecnico regionale, entro giugno 2016 e per la priorità D.
- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.

Le AAS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A.

Le aziende dovranno far rispettare il rapporto tra attività libero professionale e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.

3.4.8. Rischio clinico

Le attività per l'anno saranno focalizzate sulla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi e sulla misurazione e verifica (anche attraverso visite) della loro adozione. Oltre alle linee già in essere, particolare attenzione sarà posta:

- alla compliance con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza, con particolare attenzione:
 - o alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
 - o alla prevenzione degli errori in terapia con i farmaci antineoplastici.
- alla sicurezza del farmaco attraverso:
 - o il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (attraverso indicatori e strumenti già in essere con un ulteriore focus sulle persone con 80 anni o più);
 - o la riduzione dei rischi da interazione più frequenti così come emerso dalle sorveglianze regionali effettuate;
 - o la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali;
 - o la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai MMG.
- all'adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite, incluse:
 - o la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;
 - o la diffusione della reportistica regionale periodica sulle resistenze antibiotiche e sull'utilizzo degli antibiotici;
 - o l'adozione delle misure di restrizione per l'utilizzo di specifiche molecole antibiotiche.
- all'avvio di azioni di miglioramento a livello aziendale sulla base delle criticità dall'indagine CARMINA (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach) effettuata nel 2015;
- alla prosecuzione delle attività definite nel corso dell'anno dal gruppo regionale "Lesioni da pressione";
- all'empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:
 - o la messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione";
 - o la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.

3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

La strategia che verrà perseguita nella riorganizzazione dell'offerta prestazionale è quella della concentrazione delle attività per struttura al fine di assicurare casistica adeguata ed esiti attesi secondo standard internazionali.

Per assicurare una adeguata qualità assistenziale si dovrà procedere alla concentrazione della casistica, in particolare chirurgica e interventistica invasiva, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016.

Nella riorganizzazione della rete ospedaliera già citata, pertanto, le AAS dovranno operare secondo i criteri delle succitate norme, nonché tenendo conto dei principi di cui all'art.6 della legge regionale n. 17/2013 e dell'art. 25 della legge regionale n. 17/2014. In particolare, per il 2016 si invita ad operare nei settori della *chirurgia oncologica* e della *chirurgia pediatrica*, anche fornendo da parte della DCS indicazioni di benchmarking.

Al fine di fronteggiare e contrastare l'inappropriatezza e la sovra-diagnosi, nel corso del 2016 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di *choosing wisely*. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

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

Una particolare attenzione all'appropriatezza verrà, inoltre, prestata alle prescrizioni di prestazioni di medicina di laboratorio, per la quale verrà adottato, in via sperimentale presso la AAS4, un supporto informatico ad uso dei prescrittori, sia ospedalieri che della medicina generale.

3.4.10. Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra assessorati

La regione FVG ha costituito l'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) alle cui attività sono chiamati a contribuire anche gli enti del SSR.

Nello specifico l'AOUUD, attraverso la Struttura di Epidemiologia e Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie, ed il CRO, attraverso la struttura di Epidemiologia e biostatistica, contribuiscono alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio.

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Per il 2016 rimangono confermati i tetti di spesa fissati dal comma 3 dell'art.15 del DL 95/2012 (11,35% sul FSR per la farmaceutica territoriale e 3,5% del FSR per l'ospedaliera). Sia sulla componente territoriale della spesa farmaceutica che su quella ospedaliera le Aziende continuano ad assicurare ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale. Le azioni di contenimento dovranno essere in particolare mirate ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni favorendo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia ovvero privilegiando l'impiego dei medicinali a brevetto scaduto, dei bio-similari che rimangono ancora fortemente sotto i valori internazionali, sia per l'Italia che per il Friuli Venezia Giulia, e dei medicinali acquistati centralmente dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS). Le Aziende sanitarie a tal riguardo, oltre che incontri di audit e feedback periodici con la medicina generale promuovono incontri anche con gli specialisti ospedalieri finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni dei medicinali della continuità ospedale territorio (PHT) promuovendo il ricorso ai medicinali aggiudicatari di gara EGAS. stesso Ente, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. A tal proposito, ogni direttore generale dovrà giustificare nel provvedimento di acquisto le motivazioni per cui la Farmacia ricorre ad acquisti diversi da quelli aggiudicati con regolare procedura di gara dall'EGAS.

Iniziative di audit dovranno essere fortemente potenziate anche a livello specialistico-ospedaliero al fine di promuovere la prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo-efficacia secondo evidenze scientifiche di efficacia anche nell'ambito dei farmaci ad alto costo (oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, ecc.).

Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti. A tal riguardo, gli Enti del SSR attuano per proprio conto o d'intesa, iniziative di verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni erogate ai propri assistiti.

L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto al fine di limitare al minimo gli acquisti in autonomia degli Enti del SSR definisce ed implementa le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci (es. farmaci oncologici, epatite C, ecc.) per cui sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.

Sul tema della farmacovigilanza trovano continuità le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia quali la formazione a cascata sulla malattia iatrogena, la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero ovvero le attività stabilite dalla DGR 1365/2015. Vengono inoltre attivati i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative in tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione con gli Enti del SSR saranno avviati progetti mirati volti a favorire una informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali finalizzati per tali iniziative.

Continua l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR sia nell'ambito dell'erogazione dei farmaci della continuità ospedale territorio (DPC) che sul piano dei servizi al cittadino. Nell'ambito della farmacia dei servizi anche a livello locale, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, vengono favorite iniziative sui temi dell'integrazione col SSR prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.

Nel corso del 2015 è stata istituita la commissione farmaceutica regionale di cui alla L.R. 11/2011. Al fine di armonizzare i prontuari aziendali gli Enti del SSR forniranno, mettendo a disposizione il proprio personale qualificato, il necessario supporto alla commissione ovvero assicureranno l'implementazione delle iniziative e delle raccomandazioni della commissione sulle aree tematiche dalla stessa individuate.

Laddove non siano state ancora istituite, dovranno essere attivate le commissioni indipendenti previste nel consolidato preventivo per i casi di terapie con costi superiori ai 500/600.000 € per paziente.

Oltre a quanto indicato sopra gli Enti del SSR per l'anno 2016 dovranno anche perseguire i seguenti obiettivi:

1. Forte potenziamento dei sistemi di audit e feedback a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero sull'andamento dei consumi farmaceutici e del relativo setting di utilizzo (promozione appropriatezza prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei medicinali dal miglior profilo costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia, sicurezza, tollerabilità i medicinali dal costo minore). A tal fine, gli Enti erogatori assicurano alle AAS, anche tramite opportuni accordi, la disponibilità delle informazioni relative a spesa, consumi e setting d'impiego necessarie alla piena valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate agli assistiti di ciascuna AAS.
2. Individuati di specifici obiettivi per tutti i prescrittori (a livello territoriale/ambulatoriale/ospedaliero) , correlati ad indicatori di risultato predefiniti.
3. Le prescrizioni di bio-similari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate (sono esclusi i pazienti pediatrici) ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale.
4. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 2 devono tendere ai valori target indicati. Le Aziende valuteranno inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia.
5. Sul versante ospedaliero ed ambulatoriale oltre alle specialità acquistate tramite gara centralizzata sono favoriti anche nell'ambito delle categorie ad elevato impatto di spesa i medicinali che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiosi per il SSR. Le Aziende eroganti in tale ambito potranno definire, anche in accordo con le AAS di residenza del paziente, idonei percorsi che consentano la valutazione del rispetto di tali indicazioni.
6. Nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare deve essere inoltre garantita la distribuzione diretta dei medicinali presso tutte le strutture afferenti all'Azienda per l'assistenza sanitaria assicurando la progressiva implementazione delle indicazioni emerse nell'ambito dei gruppi regionali del rischio clinico sui temi della riconciliazione e della poli-farmacoterapia. L'implementazione di tale attività dovrà essere assicurata in almeno il 20% delle residenze protette.
7. Continua ad essere assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici. Dovranno inoltre trovare applicazione in ambito aziendale ulteriori iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici oltre ad azioni di promozione dell'appropriatezza prescrittiva anche modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es.diretta, accordi con le farmacie). A tal fine le aziende sanitarie attivano, anche in collaborazione tra loro, ogni utile iniziativa.
8. Le Aziende adottano idonee iniziative, al fine di monitorare periodicamente eventuali carenze di medicinali nel proprio territorio di competenza e segnalare contestualmente tali assenze alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia secondo le modalità concordate.
9. Per quanto attiene all'informatizzazione delle prescrizioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS, per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'80% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale. Inoltre, a partire dal II quadrimestre 2016, per tutte le Aziende (anche quelle non ancora servite dalla logistica centralizzata EGAS), dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi)

alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, in almeno il 50% dei pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

10. Sono promosse le iniziative di farmacovigilanza anche attraverso la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia; al fine di coadiuvare al meglio il responsabile aziendale di farmacovigilanza è opportuno che per ogni struttura/reparto venga individuato tra il personale medico e/o infermieristico un referente per la tematica.
11. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. In riferimento a tale indicazione l'erogazione dei medicinali potrà avvenire solo a fronte di apposita documentazione attestante, per i farmaci in questione, la compilazione di detti registri. Va inoltre assicurato, anche favorendo l'implementazione del sistema informatizzato PSM/Piani, il controllo dei piani terapeutici e il rispetto delle note limitative AIFA.
12. La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti;
13. Le Aziende sanitarie assicurano: l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti). In fase di erogazione dei medicinali è inserito a sistema il codice targatura.
14. Le Aziende al fine di assicurare la compensazione a livello centrale dei costi riferiti alle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta implementano, con riferimento alla vigente normativa, i sistemi informativi disponibili con i dati identificativi dell'assistito;

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

	% media FVG (gen-set 2015)	Target nazionale a cui tendere %
Classe C09CA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	82,39%	92,30%
Classe C09DA - ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	78,05%	99,30%
Classe C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	78,22%	85,90%
Classe G04CB - INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5-ALFA REDUTTASI	32,40%	43,90%
Classe M05BA - BIFOSFONATI	88,16%	93,90%
Classe N03AX - ALTRI ANTIEPILETTICI	60,62%	69,10%
Classe N06AX - ALTRI ANTIDEPRESSIVI	45,13%	57,10%
Classe N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT ₁	65,81%	69,20%
Classe S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI	32,19%	35,70%

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

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1. Anziani

Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale

Si richiama l'attenzione sull'obbligo che deriva alle Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS) dalle disposizioni contenute nel regolamento di disciplina del Fondo per l'autonomia possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n.7. Si fa particolare riferimento agli articoli 10, 11 e 12 i quali trattano, nel loro insieme, del sostegno ai progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale.

Al riguardo, il nuovo testo regolamentare conferma le prescrizioni già presenti nei regolamenti precedenti, prevedendo che i progetti in questione debbano essere sostenuti da un finanziamento congiunto, formato per il 50% con risorse provenienti dal FAP (di competenza del Servizio sociale dei Comuni) e per il restante 50% da risorse messe a disposizione dalle AAS territorialmente competenti, che devono essere aggiuntive e non sostitutive di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.

Processo di riclassificazione delle residenze per anziani:

A seguito dell'adozione del D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione dei servizi semiresidenziali e delle residenze per anziani, nell'anno 2016 le Aziende per l'Assistenza Sanitaria collaborano all'attuazione del processo medesimo tutte le Aziende per l'assistenza sanitaria secondo quanto previsto al titolo X del succitato D.P.Reg. 144/2015 attraverso:

- la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015);
- la valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2);
- il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015).

Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti

Tutte le AAS partecipano all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015. Inoltre, in continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti sono inoltre previsti i seguenti obiettivi/azioni:

Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani:

Tutte le AAS proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno tre nuove visite di audit approfondite. Ciascuna Aziende provvede inoltre a redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti.

Sistemi informativi:

Tutte le AAS monitorano, verificano ed eventualmente sollecitano l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.

Sistema di VMD Val.Graf.-FVG

Tutte le AAS provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.

Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità

Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità. Per l'anno 2016 le aziende per l'assistenza sanitaria devono effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 10 % dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

3.6.2. Minori

Affido

Le linee guida per l'affido approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015 prevedono che:

- sono in carico all'AAS di riferimento tutti gli interventi sanitari e sociosanitari, con particolare riguardo alla valutazione diagnostica e prognostica del minore e dei genitori, nonché il sostegno psicologico e l'eventuale trattamento psicoterapeutico o altri trattamenti sanitari del minore e/o della sua famiglia di origine
- come specificato nella legge L.R. 17/2014 l'integrazione sociosanitaria nel settore materno infantile va garantita a livello di distretto, tramite erogazione delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione. L'assistenza materno-infantile è quindi assicurata, in primis, dal Consultorio familiare, relativamente all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza pediatrica, all'assistenza psicosociale ed educativa, alla tutela e al sostegno psicologico e sociale alle famiglie e alle persone nelle diverse fasi del ciclo della vita, agli interventi sociosanitari integrati.
- Il servizio sanitario nel progetto di affido garantisce la presa in carico del minore affidato e si assume la responsabilità di sostegno al minore e al nucleo familiare, attivando tutti gli interventi atti a favorirne il rientro nella famiglia di origine. In relazione al progetto di affido, va indicato a quale Servizio sanitario afferisce la presa in carico
- Al fine di promuovere e attuare l'istituto per l'affido familiare, i SSC e le ASS stipulano appositi protocolli operativi per la costituzione di gruppi di lavoro multi-professionali, funzionali per l'affido familiare. Tale gruppo può essere costituito anche su base sovra-distrettuale

Adozioni

Nel 2015, i referenti dei Consultori familiari hanno partecipato, in collaborazione con la Regione, gli Enti autorizzati e la scuola al tavolo di lavoro per la revisione sul protocollo delle adozioni internazionali. Nel protocollo sono state inserite anche le adozioni nazionali.

Nel 2016 il tavolo di lavoro proseguirà con l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali che forniranno indicazioni operative relativamente ai: informazione e formazione, iter adottivo, presentazione della domanda di adozione al tribunale, valutazione e studio di coppia, decreto di idoneità

all'adozione internazionale, conferimento dell'incarico all'Ente autorizzato per l'adozione internazionale, tempo di attesa nella nazionale e nell'internazionale; abbinamento e adozione; post adozione)

Minoranze linguistiche

Nel corso del 2016 verrà rinforzato il servizio psicopedagogico per la minoranza slovena.

3.6.3. Piani di Zona

Nell'anno 2015 si è formalmente concluso il triennio di validità del Piano di Zona di cui all'art. 24 della Legge Regionale 6/2006 "sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale". Tuttavia gli obiettivi e le azioni intraprese nelle aree d'integrazione socio sanitaria, formalizzati anche in specifici protocolli da parte delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria e dei Servizi Sociali dei Comuni, rimangono attuali e da implementare nel corso del 2016 considerando, altresì, che la Regione procederà, in attuazione dell'art. 25 della Legge Regionale 17/2014, alla revisione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione da assicurare da parte delle Aziende e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Si prevede pertanto per il 2016 una continuità della pianificazione locale e il rinnovo dell'"atto di intesa" da parte delle Aziende congiuntamente ai Servizi Sociali dei Comuni.

Occorre peraltro considerare che l'anno 2016 si caratterizzerà per rilevanti innovazioni sul piano istituzionale e programmatico in quanto verranno, da un lato, attivate le Unioni Territoriali Intercomunali di cui all'art. 5 della Legge Regionale 26/2014 "Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia" che assumeranno dai Comuni le funzioni del sistema locale dei servizi sociali e, dall'altro, la Regione definirà la programmazione sociale per il prossimo triennio.

3.7. SISTEMA INFORMATIVO

Nel corso del 2016 si procederà ad un'ulteriore stadio evolutivo dei servizi on line al servizio dei cittadini:

- Estensione di servizio referti on line per le prestazioni già sottoscritte digitalmente
- Pagamento on line delle prestazioni
- Prenotazione delle prestazioni ambulatoriali almeno per le principali visite di branca
- Consultazioni liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile
- Tempi di accesso ai servizi di Pronto soccorso per codice triage, estendendo la procedura del Sistema Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) già adottata dalla maggior parte dei servizi della regione, anche per le rimanenti sedi di Pronto soccorso
- Sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati.

Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:

- Sicurezza fisica e logica/funzionale
- Privacy
- Sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri
- Ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale
- Estensione del Sistema di Emergenza Intra-ospedaliera (SEI) a tutti i Pronto soccorso della Regione
- Avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale
- Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014

Nel 2016 è obbligatorio l'utilizzo della *firma digitale* per i seguenti documenti, per i quali viene fissata la percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti:

- Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 80%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera
- Laboratorio e microbiologia > 98%
- Medicina trasfusionale > 98 %
- Anatomia patologica > 98 %
- Radiologia > 98%
- ECG > 80%.

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

- a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero
 - a. cartella integrata clinico assistenziale (attività propedeutiche alla realizzazione, predisposizione del bando ed avvio della procedura di gara)
 - b. estensione del sistema ECG già maggiormente in uso in tutti i presidi ospedalieri ed i distretti
- b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria
 - a. Piattaforma di connessione con la medicina generale
- c. Sistema di gestione dell'attività dei servizi sociali dei comuni (SSC)
 - Acquisizione applicativo gestionale unico per tutti i SSC
 - Implementazione applicativo cartella sociale informatizzata (CSI) in uso a tutti i servizi sociali dei comuni
- d. Sistema direzione aziendale
 - a. Governo del personale
 - b. Governo logistico
- e. Sistema direzionale regionale
 - a. Data Warehouse gestionale
 - b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili e, per alcune tipologie specifiche, al conseguente avvio.
- f. Connessione del sistema regionale delle farmacie convenzionate al SSR per il ritorno dell'erogato

- g. Avvio del Laboratorio hub di Pordenone ed inizio delle attività per il Laboratorio hub di Trieste

PACS

Il coordinamento del sistema PACS regionale rimane nell'ambito della DCS che si avvale, per la gestione operativa del sistema, dell'EGAS. Per il 2016 le linee di sviluppo sono le seguenti:

- a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia;
- b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;
- c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri;
- d. completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS delle aziende AAS1 e AOUST nell'impianto del sistema PACS regionale;
- e. analisi dei possibili scenari evolutivi per il sistema PACS regionale nel breve e medio periodo, anche in relazione alle soluzioni contrattuali attualmente in essere.

4. LE RISORSE FINANZIARIE

Il sistema di finanziamento per il 2016 prosegue il percorso intrapreso negli anni precedenti, implementando ulteriormente e ampliando i criteri allocativi delle risorse, secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione.

Il finanziamento previsto fa riferimento ai nuovi enti con l'eccezione delle Aziende commissariate (AAS1/AOUTS e AAS4/AOUUD) che dovranno presentare un piano unico, ma predisponendo due distinti bilanci. La programmazione e gli obiettivi dovranno quindi essere integrati, ai fini della futura costituzione in un'unica azienda, rispettivamente Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste ed Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, come previsto all'articolo 4 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014.

Per individuare gli standard per ogni azienda è stata utilizzata la popolazione pesata al 31/12/2014, secondo i pesi per la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale 2013. Per il livello dell'assistenza domiciliare integrata è stata considerata la popolazione ultra sessantacinquenne pesata; inoltre è stata individuata la popolazione ultra sessantacinquenne residente oltre i 500 metri di altitudine alla quale è stato raddoppiato lo standard, in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili. Per il livello della prevenzione è stata utilizzata la popolazione non pesata, infine per il Pronto soccorso pediatrico è stata utilizzata la popolazione pediatrica sotto i 14 anni suddivisa per provincia.

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

	Regione	AAS1	AAS2	AAS3	AAS4	AAS5
popolazione secca al 31/12/2014	1.227.235	236.186	252.894	170.959	253.224	313.972
popolazione pesata al 31/12/2014	1.356.631	277.596	282.141	189.631	278.198	329.065
popolazione pesata > 65 al 31/12/2014	754.034	165.383	158.480	105.492	153.095	171.584
popolazione pesata > 65 al 31/12/2014 oltre 500 m alt.	26.693			23.819	119	2.755

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta attraverso la miglior performance fra le aziende, oppure tramite riferimenti nazionali. In questa prospettiva si è quindi proceduto al graduale riequilibrio, come previsto all'articolo 53 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014.

In seguito alla legge di stabilità 2016 che introduce un nuovo criterio per il calcolo nello specifico dispone che "Ciascuna Regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento di Giunta regionale, ovvero del Commissario ad acta nominato, ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n.222, le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 16, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 6;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 6." si è provveduto ad adeguare la metodologia di calcolo del valore della complessità. A tal fine poi si è provveduto ad applicare, per il calcolo della

mobilità tra i soggetti pubblici, diversamente da quanto è avvenuto negli anni precedenti, la tariffa di fascia A.

Il finanziamento 2016 ha due livelli di attribuzione:

- a. Con riferimento a parametri oggettivi, non dipendenti dalla popolazione, evidenziati come segue:
 - Complessità 10%
 - Tariffato 7% per attività universitaria e pediatrica
 - Pronto soccorso
 - Centro trapianti (finanziamento pari a 1.004.800,00 Euro) e VAD cardiocirurgia (finanziamento pari a 700.000,00 Euro)
 - Centro malattie rare e screening metabolico allargato
 - Attività di Ricerca
 - Risorse aggiuntive regionali
 - Piano sangue
 - Attività Egas
- b. Finanziamento pro capite pesato con riferimento al benchmark regionale che, nel 2016, risulta essere l'A.A.S.5 "Friuli Occidentale".

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

- Sono stati individuati due standard per la farmaceutica territoriale:
 - o la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionata e la distribuzione per conto, con uno standard di 152,52 euro;
 - o la distribuzione farmaceutica territoriale diretta, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata, con uno standard di 41,70 euro.
- Lo standard per l'assistenza ospedaliera è complessivamente di 638,93 euro a livello regionale; e remunera per 564 euro la parte tariffata e, per la restante quota, la complessità e le funzioni delle aziende ospedaliere universitarie;
- Per l'assistenza domiciliare integrata, lo standard è stato fissato a 42 euro; inoltre è stato raddoppiato a 84 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine.
- Il finanziamento del livello dell'integrazione socio sanitaria fa riferimento agli standard assistenziali previsti nella convenzione unica regionale, attualmente in fase di approvazione, ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%;
- Il finanziamento per le funzioni di integrazione socio-sanitaria, contiene l'attuazione delle previsioni contenute nella relazione politico programmatica per l'anno 2015, in tema di riclassificazione e ricollocazione negli stanziamenti di pertinenza di spese sul fondo sanitario regionale;
- Per la convenzionata e le strutture residenziali specifiche sono considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2015 mentre per le RAR è stato riproposto il finanziamento del 2015, dato provvisorio in attesa della definizione degli accordi regionali;
- Nell'ambito della quota di cui dall'articolo 2, comma 1 bis, della L.R. 10 agosto 2006, n. 14, viene specificatamente evidenziata la quota destinata alla ricerca, che è pari a 18.594.000 euro, da suddividere in parti uguali fra i gli IRCCS regionali Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano;
- Il finanziamento dell'EGAS fa riferimento alle risultanze contabili sostenute nel 2015 integrato delle ulteriori attività che nel corso del 2016 verranno trasferite ovvero la Centrale del 118 (2.000.000,00 euro) e Piano sangue regionale (4.050.000,00 euro);

Il fondo sanitario regionale per l'anno 2016 è stato determinato in 2.149.567.338,00 euro; la Tabella 1 rappresenta l'assegnazione del finanziamento alle Aziende secondo la metodologia sopra descritta, mentre la Tabella 2 riporta il finanziamento delle attività sovra-aziendali.

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

Tabella 1: Finanziamento Enti SSR: per funzioni e popolazione

	Regione	AAS1 e AOU TS	AAS2	AAS3	AAS4 e AOU UD	AAS5	IRCCS CRO	IRCCS BURLO	EGAS
Farmaceutica territoriale (convenz.+DPC)	203.494.650	41.639.400	42.321.150	28.444.650	41.729.700	49.359.750			
pro capite proiezione 31/12 (report farma)	156,13	153,25	164,35	153,71	156,57	152,52			
standard	152,52	152,52	152,52	152,52	152,52	152,52			
Farmaceutica territoriale diretta	56.571.514	11.575.753	11.765.280	7.907.613	11.600.857	13.722.011			
pro capite proiezione 31/12 (report farma)	44,89	41,70	43,90	43,85	47,15	47,12			
standard	41,70	41,70	41,70	41,70	41,70	41,70			
AFIR	17.500.540	3.580.988	3.639.619	2.446.240	3.588.754	4.244.939			
pro capite proiezione 31/12 (II rend)	12,93	13,24	14,49	9,90	14,02	12,15			
standard	12,90	12,90	12,90	12,90	12,90	12,90			
Ricoveri totale	866.788.567	180.266.850	170.716.647	114.350.994	193.480.731	199.490.509	2.856.602	5.626.234	
Complessità (10% tariffato tot)	75.068.553	14.336.229	11.589.123	7.399.110	22.464.480	13.897.849	2.856.602	2.525.160	
7% tariffato	26.580.130	9.366.477			14.112.579			3.101.074	
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 130 per 1000)	765.139.884	156.564.144	159.127.524	106.951.884	156.903.672	185.592.660			
pro capite mobilità ultimi 12m	570,37	585,14	560,71	580,24	563,25	566,52			
standard totale	638,93								
standard mobilità	564,00	564,00	564,00	564,00	564,00	564,00			
Pronto Soccorso e centrale operativa	66.564.963	9.211.394	14.097.508	6.509.732	16.471.107	15.946.537		2.328.685	2.000.000
Emergenza territoriale	41.762.437	6.481.595	10.100.327	8.435.428	6.658.850	10.086.237			
Specialistica totale	263.186.414	53.853.624	54.735.354	36.788.414	53.970.412	63.838.610	-	-	
pro capite ultimi 12 m	189,48	195,64	191,51	181,21	189,32	187,42			
standard	194,00	194,00	194,00	194,00	194,00	194,00			
Prevenzione	105.542.210	20.311.996	21.748.884	14.702.474	21.777.264	27.001.592			
Veterinaria	527.711	52.771	79.157	211.084	79.157	105.542			
standard 5% fondo	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00	86,00			
ADI	32.790.534	6.946.086	6.656.160	5.431.062	6.434.988	7.322.238			
standard	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00			
standard pop > 500 m. alt.	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00			
Protesica	20.349.465	4.163.940	4.232.115	2.844.465	4.172.970	4.935.975			
standard	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00			
Integrazione Socio Sanitaria (ass. sanitaria in strutture conv.)	22.622.996	4.276.430	3.875.567	2.701.253	5.729.074	6.040.672			
Convenzionata (MMG; PLS; Specialisti)	132.555.157	25.546.252	28.687.271	17.805.475	26.349.971	34.166.188			
Strutture residenziali specifiche/handicap	48.748.082	10.396.000	9.867.289	5.439.160	12.021.747	11.023.886			
Funzioni socio assist. Finalizz.	690.000	25.000			140.000	525.000			
Finanziamento Ricerca IRCCS da art. 2 c.1 bis L.R.14/2006	18.594.000						9.297.000	9.297.000	
Centro regionali trapianti e VAD	1.704.800				1.704.800				
Centro regionale malattie rare	700.000				700.000			-	
Finanziamento RAR	29.109.523	6.193.216	5.007.918	1.770.463	8.911.064	5.202.310	919.046	1.105.506	
Piano sangue regionale e Nat HCV	4.050.000								4.050.000
Attività centralizzate EGAS	9.276.383								9.276.383
Ulteriore quota pro capite	69.230.244	18.902.909	13.471.569	8.937.488	13.975.807	13.942.471	-	-	-
Primo totale finanziamento	2.011.832.479	403.371.433	400.922.658	264.514.911	429.418.096	466.848.925	13.072.648	18.357.425	15.326.383
Finanziamento 2015	2.123.243.434	462.044.384	408.563.859	254.418.155	473.261.543	463.153.254	20.806.757	30.719.099	10.276.383
Utile 2015 da III report superiore al mln	- 5.783.228						- 5.783.228		
Rettifica capitoli statali	- 14.800.000	- 3.220.666	- 2.847.881	- 1.773.414	- 3.298.854	- 3.228.395	- 145.033	- 214.126	- 71.631
Piano sangue regionale e Nat HCV	-	- 4.050.000							4.050.000
Totale finanziamento rettificato 2015	2.102.660.206	458.823.718	401.665.978	252.644.741	469.962.689	459.924.859	14.878.496	30.504.973	14.254.752
Delta attrazione a tariffa piena	88.026.861	29.477.181	3.530.942	4.092.478	42.932.056	1.393.840	2.829.364	3.771.000	
Delta fuga a tariffa piena	- 88.026.861	- 31.265.978	- 10.376.135	- 9.630.725	- 29.464.879	- 7.289.144			
Delta Mobilità 2015 a tariffa piena	-	- 1.788.797	- 6.845.193	- 5.538.247	- 13.467.177	- 5.895.304	2.829.364	3.771.000	-
Totale finanziamento 2015 a tariffa piena	2.102.660.206	460.612.515	408.511.171	258.182.988	456.495.512	465.820.163	12.049.132	26.733.973	14.254.752
Integrazione finanziamento	100.283.559	57.241.082	7.588.513		27.077.416			8.376.548	
Quota di rientro	- 10.000.000	- 3.000.000	- 3.000.000		- 3.000.000			- 1.000.000	
Finanziamento enti	2.102.116.038	457.612.515	405.511.171	264.514.911	453.495.512	466.848.925	13.072.648	25.733.973	15.326.383
Spending review	- 19.367.273	- 3.528.950	- 2.652.650	- 1.123.600	- 5.861.798	- 3.220.100	- 912.900	- 565.550	- 1.501.725
Sviluppi	19.367.273	3.528.950	2.652.650	1.123.600	5.861.798	3.220.100	912.900	565.550	1.501.725

Tabella 2: Calcolo quota pro capite complessiva azienda benchmark

	Regione	AAS1 e AOU TS	AAS2	AAS3	AAS4 e AOU UD	AAS5
Popolazione pesata	1.356.631	277.596	282.141	189.631	278.198	329.065
Quota pro capite su azienda benchmark	1.312,20953	1.312,20953	1.312,20953	1.312,20953	1.312,20953	1.312,20953
Finanziamento pro capite	1.780.184.127	364.264.117	370.228.109	248.835.605	365.054.067	431.802.229

Tabella 3: Calcolo quota di rientro

Obiettivi di rientro su finanziamento	
minimo	1 mln
0-10 mln	1,00%
>10-	1,50%
massimo	3 mln

Tabella 4: Contributi regionali per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovra-aziendali)

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Importo previsto	Ente gestore	Note
1	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	AOU UD	Linea centralizzazione
2	Elisoccorso	4.100.000,00	AOU UD	Linea centralizzazione
3	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
4	Assicurazioni RC (polizza)	5.171.175,00	EGAS	Linea centralizzazione
5	Assicurazioni RC (fondo copertura 2016)	9.000.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
6	Avalimento di personale delle Aziende Sanitarie	250.000,00	A.O.U UD	Intervento specifico (LR12/2009 art.10 comma11)
7	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	43.000,00	AAS 2	Linea prevenzione
8	Spese di funzionamento Ceformed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.250.000,00	AAS 2	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
9	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.053.772,00	AAS 3	Intervento specifico (LR 19/2006 art.30)
10	Contratti per la formazione specialistica dei medici presso le scuole di specializzazione della Regione e fuori Regione	2.253.000,00	AAS 3	DLgs 368/1999, art. 37
11	Rimborso oneri per indennizzi L 210/92	420.143,00	AAS 3	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
12	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	AAS 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
13	Supporto Area Welfare di comunità per attività programmazione, progettazione e gestione interventi aree sanitaria, sociosanitaria e politiche sociali e cofinanziamento regionale - DGR 2788/2009 e DGR 394/2011	1.250.000,00	AAS 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
14	Progetti internazionali	100.000,00	AAS 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
15	Spese dirette delle Università inerenti al funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria, di cui ai protocolli d'intesa ex art 6, c.3, DLgs 502/1992	2.241.000,00	AAS 2	Protocollo Regione Università - DLgs 502/1992, art.6 comma 3
16	Spese dirette dell'ARPA per il funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria per tecnici della prevenzione	170.000,00	AAS 2	Protocollo Regione Università - DLgs 502/1992, art.6 comma 3
17	Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria	260.000,00	DCSISPS	Linea prevenzione
18	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del SSR (€ 2.016.285 comparto; €692.630 dirigenza; € 381.000 personale 118)	3.089.916,00	AAS 3	Gestione risorse umane
19	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	AAS 4	Linea prevenzione (Dgr 2271/2012)
20	Prevenzione, trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo	60.000,00	AAS. 2	LR.1/2014
21	Piano della formazione e della comunicazione	500.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
22	Progetto Città Sane	60.000,00	AAS 4	Linea prevenzione
23	Progetto odontoiatria sociale	1.000.000,00	A.O.U TS	Linea prevenzione
24	Piano superamento OPG	1.500.000,00	AAS. 4	Attività DGR 622/2015
25	Screening metabolico	700.000,00	Burlo	
26	Piano per la valutazione del patrimonio edile impiantistico del SSR (Prima fase) e per realizzazione di studi di fattibilità e progettazioni preliminari per appalti pubblici	800.000,00	Enti del SSR	
27	Accordi contrattuali	10.451.294,00	DCSISPS	
Totale sovraziendali 2016		47.451.300,00		

5. GLI INVESTIMENTI

Per l'esercizio 2016 è prevista una quota pari a 20.000.000,00 euro in conto capitale per "Investimenti in sanità".

La percentuale di tale finanziamento da ripartire tra gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 *"Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti"* sarà definita nella misura massima pari al 10%. Tali risorse dovranno essere impiegate prioritariamente dalle Aziende nel corso del 2016 per il finanziamento di eventuali interventi emergenti nell'anno riguardanti gli adempimenti previsti dal Decreto Interministeriale 19 marzo 2015 in tema di prevenzione incendi.

L'assegnazione delle rimanenti risorse in conto capitale sarà definita sulla base dei Programmi preliminari approvati dalle Aziende, ai sensi dell'art. 33 della Legge regionale sopracitata. Tali Programmi preliminari dovranno essere orientati alla realizzazione di interventi di investimento che riguardino prioritariamente, anche per il 2016, oltre all'adeguamento e messa a norma degli edifici:

- l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche delle aree ad alta intensità di cura, emergenza-urgenza e sale operatorie e in generale del parco tecnologico in relazione allo stato di obsolescenza
- la riorganizzazione dei centri di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle attività dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale)
- il rinnovo del parco automezzi 118
- in riferimento al punto 3.1.4. Piano Emergenza urgenza, l'adeguamento al volo notturno delle eli-superfici degli hub regionali e dei presidi ospedalieri spoke; inoltre si prevedono eventuali interventi necessari per l'allestimento delle piazzole di atterraggio in altri siti regionali con particolare riguardo alle aree di montagna o comunque logisticamente sfavorite

Per gli interventi edili impiantistici di importo pari o superiore a 1.000.000 euro gli Enti del SSR dovranno corredare il Programma preliminare da sottoporre alla valutazione del NVISS di uno studio di fattibilità.

Per le acquisizioni riguardanti le seguenti tipologie tecnologiche:

- Acceleratori lineari
- Acceleratori lineari intraoperatori
- Angiografi
- Ciclotroni
- Gamma camere computerizzate
- Laser chirurgico
- Litotritori extracorporei
- Microscopi operatori
- Simulatori per radioterapia
- Sistemi per tomoterapia
- Sistemi per trasmissione ed archiviazione di bioimmagini (PACS)
- Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica
- Sistemi TAC/gamma camera integrati
- Sistemi TAC/PET integrati
- Strumentazione per litotripsia endoscopica
- Strumentazione per navigazione chirurgica
- TAC per simulazione per radioterapia
- Tomografi a risonanza magnetica
- Tomografi ad emissione di positroni
- Tomografi assiali computerizzati (TAC)

gli Enti del SSR dovranno corredare il Programma preliminare, da sottoporre alla valutazione del NVISS, di una relazione sulla fattibilità, adeguata alla loro rilevanza, riportando tutti gli elementi utili ad effettuare scelte programmatiche consapevoli. In particolare, dovranno essere indicati i seguenti elementi:

- finalità clinico assistenziali;
- valutazioni di possibili alternative con evidenza della convenienza della scelta proposta in termini di costi/benefici;

- stima dei costi comprensiva delle motivazioni e dei criteri usati per la determinazione;
- valutazione dell'impatto sul bilancio aziendale (anche di parte corrente) per l'intero "ciclo di vita" dell'intervento proposto (costi emergenti e cessanti);
- dimensione dell'investimento completo chiavi in mano;
- prospetto dettagliato relativo alla copertura finanziaria prevista nel rispetto delle normative in vigore.

Nel corso del 2016 è richiesta inoltre la definizione di:

- un piano di dismissione delle tecnologie sottoutilizzate e/o obsolete, con particolare riferimento alla radiologia tradizionale
- un piano di razionalizzazione delle unità di endoscopia (in particolare digestiva).

Per l'esercizio 2016 è prevista una quota pari a 15.000.000,00 euro al capitolo 4354 per dare copertura nel corso dell'anno a:

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

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli investimenti sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SISR. Inoltre, per il PACS, la quota parte delle risorse iscritte nel bilancio regionale al capitolo 4354 danno copertura finanziaria alle acquisizioni delle componenti del sistema, per il tramite dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (in continuità con le funzioni svolte dal Dipartimento Servizi Condivisi - art. 7 comma 11 L.R. 17/2014), per le quali prosegue l'estensione per la copertura dei servizi sulla base del programma definito al precedente punto 3.7.3.

Nel 2016, relativamente al patrimonio, gli Enti dovranno acquisire il parere della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia:

- per la sottoscrizione degli impegni con soggetti terzi;
- per l'avvio di procedure per forniture in "service" o noleggi che prevedano la sostituzione di tecnologie biomedicali di proprietà dell'Ente o riguardanti
- per l'avvio di procedure per forniture riguardanti le attività di laboratorio analisi, microbiologia e virologia, anatomia patologica e per la medicina trasfusionale, limitatamente alle attività non ancora centralizzate

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2017, gli enti del SSR dovranno adottare e trasmettere al NISS l'aggiornamento annuale del programma preliminare degli investimenti entro e non oltre il 15 settembre 2016.

6. LE REGOLE GESTIONALI

6.1 Vincoli operativi

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

- Per la *Farmaceutica territoriale* (convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati a pag. 45 nella Tabella 1: "Finanziamento Enti SSR"; nei vincoli della farmaceutica territoriale e della farmaceutica diretta territoriale sono esclusi i farmaci per l'epatite C e quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara, per i quali l'AAS ha effettuato entro il primo trimestre 2016 una valutazione da parte di una commissione di professionisti esterni (costo/anno/paziente superiore ai 500.000 €)
- Per la *Farmaceutica ospedaliera*: Sulla base dei dati di settembre 2015, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera pari al 5,2%, rispetto al corrispondente periodo gen-sett. 2014. Per il 2016 le aziende che hanno fatto registrare nel 2015 vs 2014 (gen-sett.2015):
 - o un incremento superiore al 5,2% dovranno ridurre del 2% il valore registrato nell'anno 2015 (AOUUD, ASS4, AAS5 e Burlo);
 - o un incremento inferiore al 5,2%, dovranno ridurre dell'1% il valore registrato nell'anno 2015 (AAS1, AAS2, CRO);
 - o un decremento, dovranno ridurre dello 0,5% il valore registrato nell'anno 2015 (AAS3; AOOUTS).Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione.
- Per i *Dispositivi medici*, le aziende non in linea con gli standard NISAN dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2015.
- Il numero di *prestazioni ambulatoriali* per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 3,5 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.
- Il *tasso di ospedalizzazione* di ogni Azienda non deve superare il 130 per mille.
- Le *manutenzioni ordinarie edili impiantistiche* dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
- In relazione alla *spending review* le aziende dovranno fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR 1813/2015.

6.2 Azioni operative

Ai fini dell'avvio dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) viene individuata quale azienda sperimentale per tale attività il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano.

La Giunta Regionale in relazione al Decreto Legge 78/2015 convertito nella Legge 125/2015 ha adottato la DGR 1813/2015 nella quale ha determinato le modalità con cui la Regione Friuli Venezia Giulia intende applicare tale provvedimento. I punti caratterizzanti le scelte regionali sono:

1. L'applicazione delle misure alternative rispetto al taglio lineare del 5% su beni e servizi previsto dalla normativa ;
2. La possibilità di modificare durante gli esercizi 2015/2016 e 2017 le progettualità previste dalla delibera ad invarianza del valore di risparmio previsto.

Relativamente poi ai risparmi previsti derivanti dalle misure di cui al punto 1. la Regione ha previsto di non ridurre di pari importo il finanziamento degli enti ma di utilizzare tali somme per le attività di sviluppo del sistema derivanti dall'applicazione della LR 17/2014 con particolare riferimento all'assistenza primaria.

6.3 Regole di gestione

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

6.3.1 Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2016, i dati delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di farmaceutica territoriale diretta, erogate a favore dei cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni. La compensazione della mobilità avverrà a livello centralizzato; per la redazione del bilancio preventivo la Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia invierà con la nota metodologica le relative matrici di mobilità.

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

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

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

6.3.2 Mobilità extra-regionale

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

6.3.3 Mobilità internazionale

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 18 del Dlgs 502/1992 è prevista l'imputazione diretta sul bilancio regionale delle prestazioni erogate a partire dal 1.1.2007 in mobilità internazionale. Sono tuttora in corso di svolgimento i lavori del tavolo inter-istituzionale Stato – Regioni per la trattazione delle relative problematiche sia con riferimento all'individuazione dei saldi di mobilità sanitaria sia delle procedure da adottare per i relativi

conguagli. Nelle more della definizione delle problematiche relative, le Aziende proseguono con il lavoro già avviato e con la gestione e l'implementazione del sistema "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" – ASPE.

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

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

La tipologia delle spese sovra-aziendali ricalca sostanzialmente quella degli esercizi precedenti, le singole attività che continuano ad essere oggetto di uno specifico finanziamento sono elencate nella tabella 3 del capitolo relativo alle Risorse Economiche.

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

6.3.5. Gestione delle risorse umane

La gestione delle risorse umane per l'anno 2016 prosegue nell'ambito del percorso avviato dalla riforma del SSR. Nel corso dell'anno passato sono stati definiti gli standard dell'assistenza distrettuale e di quella ospedaliera per la quale sono anche state elencate le funzioni di ogni presidio e sono state individuate le strutture complesse sanitarie di ogni Ente del Servizio Sanitario Regionale. È stato, inoltre, formalmente approvato il documento recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale.

È, pertanto, in corso di definizione l'organizzazione e il funzionamento degli Enti del SSR, a seguito della quale sarà determinabile il fabbisogno di personale e le relative dotazioni organiche, anche alla luce dell'attuazione dei progetti di riorganizzazione delle funzioni. La manovra del personale dovrà quindi trovare la necessaria integrazione con tale contesto.

Nel 2016 permane il limite di costo per l'assunzione di personale: il costo del personale dipendente non può superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo. Fa eccezione l'EGAS che avrà risorse umane in sviluppo in base all'implementazione delle funzioni via via affidate che saranno dedotte in pari misura dalle altre aziende.

Nell'ambito di tale vincolo le aziende definiranno il proprio fabbisogno annuale di personale necessario per il funzionamento delle singole strutture in relazione all'attuazione dell'atto aziendale. Nella determinazione del fabbisogno le aziende dovranno tenere, altresì, conto delle procedure di stabilizzazione di cui al DPCM del 6.03.2015 individuando i posti oggetto di selezioni riservate.

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

Restano invece soggette ad autorizzazione preventiva:

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

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

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

Prestazioni aggiuntive personale della dirigenza

Nel 2016, il ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005, deve essere mantenuto nel limite del 50% rispetto al costo sostenuto per tali prestazioni nell'anno 2012. È necessaria una specifica autorizzazione della sia in caso di utilizzo di tale strumento contrattuale che in caso di necessità di superamento di tale limite del 50%.

Risorse regionali aggiuntive

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

Indicazione gestione fondi contrattuali

Incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato

I vigenti CCNL del personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN nell'ambito della disciplina relativa ai fondi contrattuali stabiliscono le modalità di determinazione dei fondi per la retribuzione di produttività/risultato. Si fa riferimento, in particolare all'articolo 52, comma 5 lett. b) dei CCNL 8.06.2000 di entrambe le aree dirigenziali (confermato dai CCNL intervenuti successivamente) e all'articolo 30, comma 3, lettera c) del CCNL comparto del 19.04.2004 (confermato dai CCNL intervenuti successivamente) laddove prevedono l'incremento dei fondi di risultato/produttività dell'1% (come tetto massimo) del monte salari 1997 e 2001 (rispettivamente per la dirigenza e per il comparto), sulla base del consuntivo dell'anno precedente, in presenza di avanzi di amministrazione o pareggio di bilancio, ovvero della realizzazione annuale di programmi finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Nel bilancio di previsione 2016 le aziende provvedono, pertanto, all'accantonamento al fondo incentivazioni del personale dipendente di un incremento fino all'1% (come tetto massimo): tale cifra non può essere erogata, neanche a titolo di acconto, fino a che non sia accertato a consuntivo il pareggio o l'avanzo di amministrazione.

Inoltre, in presenza di un andamento economico relativo all'anno 2015 che prevede una stima di chiusura dell'esercizio non in equilibrio, l'azienda, al fine di poter procedere all'incremento del fondo di produttività/risultato dell'1% (come tetto massimo) dovrà rappresentare nei singoli PAL/PAO la predisposizione di un programma con l'evidenza di specifiche azioni di riduzione dei costi finalizzate al rientro della perdita e al raggiungimento del pareggio di bilancio. Tale programma sarà valutato in sede di chiusura dell'esercizio 2015.

Residui

Sulla base di quanto stabilito dalle norme dei CCNL comparto, eventuali risparmi accertati a consuntivo nella gestione annuale nel fondo “per i compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno” e nel fondo “per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell’indennità professionale specifica”, sono temporaneamente utilizzati, per il medesimo anno in cui si è verificato il residuo, nel fondo per la produttività collettiva.

Parimenti, sulla base di quanto stabilito dalle norme contrattuali del CCNL della dirigenza, eventuali risparmi accertati a consuntivo nella gestione annuale nel del fondo “per l’indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa” e nel fondo “per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro” sono temporaneamente utilizzati, per il medesimo anno in cui si è verificato il residuo, nel fondo per la produttività collettiva.

Conseguentemente le aziende riporteranno i residui di competenza 2015 ad incremento del fondo di produttività/risultato 2016 associandoli, attraverso apposito accordo integrativo aziendale, ad obiettivi preventivamente concordati, misurabili e valutabili secondo i principi codificati nelle normative nazionali e contrattuali di riferimento.

Resta fermo quanto stabilito dall’articolo 9-quinquies del DL n. 78/2015 convertito con L n. 125/2015: “A decorrere dal 1° gennaio 2015, in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, l’ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è permanentemente ridotto di un importo pari ai risparmi di trattamento accessorio derivanti dalla diminuzione delle strutture operata in attuazione di detti processi di riorganizzazione”.

Articolo 14 l.n. 161/2014

L’articolo 14, comma 1, della L. 30 ottobre 2014 , n. 161 ha disposto l’abrogazione dal 25 novembre 2015, del comma 6 bis dell’articolo 17 del D. Lgs n. 8 aprile 2003, n. 66 e dell’articolo 41, comma 13, del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

I commi abrogati stabilivano la disapplicazione nei confronti del personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale delle disposizioni di cui all’articolo 7 del D. Lgs. n. 66/2003, che sancisce, tra l’altro, il diritto per il lavoratore a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore, e, con riferimento specifico alle aree dirigenziali degli enti ed aziende del SSN, la disapplicazione anche dell’articolo 4 della medesima fonte normativa, recante disposizioni in materia di durata massima dell’orario di lavoro. Gli stessi commi rinviavano alla contrattazione collettiva la disciplina della fattispecie.

Le aziende che avessero stipulato accordi integrativi aziendali e/o assunto provvedimenti che prevedano una disciplina dei riposi e dell’orario di lavoro difforme da quella prevista dagli articoli 4 e 7 del D. lgs n. 66/2003 (accordi e provvedimenti che decadranno alla stessa data), dovranno adottare tutte le misure organizzative idonee a garantire il funzionamento dei servizi e l’erogazione delle prestazioni assistenziali.

Al fine di ottemperare alla norma, la DCS può autorizzare assunzioni, anche del personale dirigente, in deroga al vincolo dell’1% stabilito per il costo del personale.

Atti aziendali

Nel singoli PAL/PAO le aziende dovranno dare evidenza delle manovre riferite all’atto aziendale che intendono attuare per l’anno 2016. In particolare dovrà essere indicata:

- la descrizione degli incarichi che si intendono ricoprire;
- l’impatto economico finanziario derivante da tale attuazione e la sostenibilità dello stesso;

- le aziende dovranno, altresì, rappresentare il confronto tra l'attuale assetto degli incarichi di direzione di Struttura Complessa (denominazione, contenuti e valore) e quello derivante dal nuovo atto aziendale al fine della conferma dell'incarico ovvero dell'attivazione di una nuova procedura selettiva sulla base di quanto stabilito dalla DGR n. 929/2015.

Fabbisogno di personale

Nel corso del 2016, la Direzione Centrale salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia procederà alla definizione di standards e parametri relativi al personale amministrativo, sanitario e tecnico al fine di individuare i fabbisogni concreti, sulla base delle funzioni effettivamente svolte dalle aziende ed enti del SSR. La definizione degli standard terrà conto della vigente normativa di riferimento.

Acquisizione personale dipartimenti di prevenzione

In relazione agli obiettivi attribuiti ai Dipartimenti di Prevenzione per l'anno 2016 e all'incremento di attività, correlata in particolare, all'assistenza sanitaria ai migranti, le aziende per l'assistenza sanitaria sono autorizzate ad acquisire per il 2016, fino a due unità di assistenti sanitari a tempo determinato per ogni Dipartimento. Il costo correlato alle predette acquisizioni costituisce un giustificativo ai fini del rispetto del tetto dell'1% dei costi 2012.

6.3.6. Formazione

Riguardo alla formazione si forniscono indicazioni sui seguenti temi:

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

1) Il sistema regionale per la formazione continua e l'ECM

Nel corso del 2015 la Regione Friuli Venezia Giulia ha perfezionato Il Sistema di formazione continua ed ECM approvando i seguenti documenti:

- a) Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 8 della legge regionale 30 dicembre 2014, n 27;
- b) Manuale per l'accreditamento dei providers;
- c) Manuale per l'accreditamento degli eventi.

Ha proceduto, altresì alla nomina dei componenti della Consulta e dell'Osservatorio per la qualità della formazione continua ed ECM ed al rinnovo della Commissione.

2) Le priorità regionali

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

- a) realizzare programmi di umanizzazione delle cure;
- b) valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;

- c) favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;
- d) sostenere, altresì, le attività di formazione dei medici di medicina generale per il corso triennale di formazione specifica e quelle dedicate ai farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio ed inerenti alle attività di farmacia dei servizi.

A tal fine si indicano le seguenti priorità:

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

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

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

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

3) Indicazioni per i provider pubblici SSR

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

- dalla Regione, per il tramite di EGAS. L'offerta formativa sarà indicata in un Piano regionale della formazione (PRF) che potrà essere aggiornato in corso d'anno, previa comunicazione agli enti interessati;
- dagli Enti SSR, secondo le indicazioni vincolanti in termini di priorità, obiettivi, tempi, contenuti e destinatari forniti direttamente dalla Regione;
- dagli Enti SSR, senza vincoli da parte della Regione, in relazione ai fabbisogni formativi specifici di ciascun ente.

Al fine di garantire uniformità per gli aspetti normativi e procedurali relativi alle attività di formazione continua realizzate nell'ambito del SSR, entro il 31.12.2016, gli enti del SSR provvedono ad allineare:

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

- i sistemi di gestione della qualità.

Al fine di avviare un percorso finalizzato a rendere condivisi i contenuti dell'offerta formativa relativa alle competenze trasversali in particolare in tema di sicurezza ed emergenza, gli Enti del SSR, entro il 31.12.2016, provvedono ad armonizzare, coordinati dalla Direzione centrale, i rispettivi programmi formativi rendendo omogenea l'offerta formativa di area per quanto riguarda: contenuti, orari, requisiti e albo docenti, metodologie didattiche, materiali didattici, test di apprendimento e ogni elemento previsto dal sistema di accreditamento regionale per le seguenti aree/temi di formazione:

- Sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro. (Servizi di prevenzione, protezione e sorveglianza sanitaria e Servizi formazione di ciascun ente);
- Corsi antincendio (Responsabili Emergenze interne/servizi antincendio e Servizi formazione di ciascun ente);
- Emergenza di base, in particolare i corsi BLSD sanitari e laici, base e *retraining* e PBLs sanitari e laici, base e *retraining*. (Comitato regionale emergenza urgenza –CREU- e Servizi formazione di ciascun ente);
- Tutela dei dati personali. (Referente per la tutela dei dati personali e Servizi formazione di ciascun ente).

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

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

I provider regionali provvedono, tendo conto del format predisposto dalla Direzione centrale, alle stesura del Piano formativo entro il 31 gennaio 2015, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF ed alla redazione della Relazione annuale, entro il 31 maggio 2015 e provvedono, altresì, entro la scadenza dell'accreditamento con riserva all'adeguamento dei requisiti in relazione a quanto previsto dal Manuale per l'accreditamento dei providers, tempo per tempo vigente.

ALLEGATO A - ELENCO DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO DEI TEMPI D'ATTESA

1. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Clausola di garanzia: tempi valutati in rapporto alla priorità definita dal prescrittore

- B entro 10 giorni
- D entro 30 giorni per le prime visite / entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
- P programmabile entro 180 giorni

Gruppo	Descrizione ministeriale
1	Visita cardiologica
2	Visita chirurgia vascolare
3	Visita endocrinologica
4	Visita neurologica
5	Visita oculistica
6	Visita ortopedica
7	Visita ginecologica
8	Visita otorinolaringoiatrica
9	Visita urologica
10	Visita dermatologica
11	Visita fisiatrica
12	Visita gastroenterologica
13	Visita oncologica
14	Visita pneumologica
15	mammografia
16	TC senza e con contrasto Torace
17	TC senza e con contrasto Addome superiore
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore
19	TC senza e con contrasto Addome completo
20	TC senza e con contrasto Capo
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale
22	TC senza e con contrasto Bacino
23	RMN Cervello e tronco encefalico
24	RMN Pelvi, prostata e vescica
25	RMN Muscoloscheletrica
26	RMN Colonna vertebrale
27	Ecografia Capo e collo
28	Ecografia cardiaca a riposo, Ecografia cardiaca con prova fisica o farmacologica, Ecografia cardiaca con contrasto
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
30	Ecografia degli arti superiori o distrettuale, arteriosa o venosa, Ecografia degli arti inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa, Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o distrettuale, arteriosa o venosa, Eco(color)dopplergrafia degli arti inferiori
31	Ecografia Addome superiore, Ecografia Addome inferiore, Ecografia Addome completo
32	Ecografia Mammella
33	Ecografia Ostetrico - Ginecologica
34	Colonscopia
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido

36	Esofagogastroduodenoscopia
37	Elettrocardiogramma
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
39	Elettrocardiogramma da sforzo
40	Audiometria
41	Spirometria semplice, Spirometria globale
42	Fondo Oculare
43	Elettromiografia
44	Brachiterapia
45	Teleterapia con acceleratore lineare
46	Tomoterapia

Per le prestazioni 44, 45 e 46 la clausola di garanzia è l'Erogazione della prima seduta entro 30 giorni dalla visita radioterapica. Data la rilevanza e complessità dell'argomento, anche alla luce della riorganizzazione regionale, la Direzione Centrale Salute attiverà un tavolo di analisi e monitoraggio per questo specifico tema.

2. INTERVENTI PROGRAMMATI

Clausola di garanzia: tempi valutati in rapporto alla priorità definita dal prescrittore

- A entro 30 giorni
- B entro 60 giorni
- C entro 180 giorni
- D entro 12 mesi

Definizione intervento
Angioplastica coronarica
Artroprotesi d'anca
By-pass aortocoronarico
Biopsia percutanea del fegato
Cataratta
Coronarografia
Emorroidectomia
Endoarteriectomia carotidea
Neoplasia del colon retto
Neoplasia della mammella
Neoplasia polmone
Neoplasia della prostata
Neoplasia del rene
Neoplasia del utero
Neoplasia della vescica
Protesi valvolare
Riparazione di ernia inguinale
Tonsillectomia

ALLEGATO B – INDICATORI

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

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

N.	Definizione	Standard Obiettivo
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	≥ 95%
1.a	Difterite-tetano	≥95%
1.b	Antipolio	≥ 95%
1.c	Antiepatite B	≥95%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98%
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥ 98% del 20% degli allevamenti
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥ 98% del 10% dei capi
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende oviceprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥ 98% del 3% delle aziende
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%
14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤ 115
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI con PAI	≥ 4%

16	ASSISTENZA PRESSO RSA: numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani > 65 anni residenti non autosufficienti	
16	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6
18	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1
19	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤11,35 % (valore regionale)
20	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5
21	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10
22	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140
24	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%
25	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza un regime ordinario	≤ 0,32
26	Percentuale parti cesarei	<20%
27	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	>70%
28	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 8' urbani ≤ 20' extraurbani

Obblighi informativi e indicatori

Dal 2016, le Aziende adotteranno la nuova scheda nosologica per la dimissione ospedaliera.

Le basi dati gestionali attualmente in uso nelle aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.

Le aziende pertanto si impegneranno nel 2016 in attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.

Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).

IL SEGRETARIO GENERALE
IL VICEPRESIDENTE