

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1992 DEL 22 NOVEMBRE 2019

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE  
ANNO 2020**

## INDICE

1. LO SCENARIO.....	PAG.	2
2. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE.....	"	4
3. LE PROGETTUALITÀ .....	"	5
3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE.....	"	8
3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA.....	"	11
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA .....	"	21
3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	"	32
3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA .....	"	42
3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	"	49
3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI.....	"	69
3.8 FLUSSI INFORMATIVI.....	"	73
4. IL SISTEMA INFORMATIVO.....	"	74
5. GLI INVESTIMENTI.....	"	81
6. LE RISORSE FINANZIARIE.....	"	83
7. LE REGOLE GESTIONALI .....	"	90
8. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE .....	"	97
ALLEGATO A – INDICATORI.....	"	103

## 1. LO SCENARIO

Per il Servizio Sanitario Regionale, l'anno 2018 si è concluso con l'adozione della legge regionale n. 27 dd. 17.12.2018 di modifica della 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" che ha determinato la ridefinizione dell'assetto del SSR nei seguenti Aziende/Enti:

- Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC);
- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);
- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AS FO);
- I.R.C.C.S Burlo Garofolo;
- I.R.C.C.S Centro di Riferimento Oncologico;
- Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS).

Tale provvedimento ha permesso di avviare un percorso di salvaguardia delle potenzialità di eccellenza che il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia ha saputo nel tempo costruire, e si è reso necessario a causa della complessità, inesorabilità e velocità dei mutamenti di carattere demografico, epidemiologico, nosologico, sociale, tecnologico ed economico che caratterizzano la nostra società.

L'annualità 2020 si contraddistingue per la progressiva attuazione della suddetta legge di riforma ed è scandita dai seguenti momenti. Entro la fine del 2019 verranno nominati i Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale i quali, nel corso dell'anno, devono predisporre tutti gli atti necessari alla definizione del nuovo assetto. A partire dal 1/1/2020 verranno costituite l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC) e l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) con la contestuale soppressione delle precedenti aziende (AAS2, AAS3, AsuiUd e AsuiTs).

Le finalità perseguite dalla L.R. 27/2018 richiedono tuttavia un'ulteriore azione normativa necessaria ad introdurre un'integrazione tra sistema sociale e sistema sanitario secondo una diversa prospettiva che ponga tutti i bisogni allo stesso livello e responsabilizzi i diversi attori affinché il sistema pubblico possa fornire risposte personalizzate e integrate di fronte a bisogni multidimensionali. L'obiettivo è la valorizzazione della centralità della persona e della famiglia, nel principio di equità di accesso alle strutture sanitarie e la costruzione delle condizioni organizzative, tecnologiche e professionali, per una reale presa in carico delle fragilità e delle morbilità.

Con il Disegno di legge regionale 70/2019 "Definizione dei livelli di assistenza e norme in materia sanitaria e sociosanitaria" (cd Riforma sanitaria bis), sono stati affrontati una serie di aspetti che vanno ad articolare un sistema orientato al governo della domanda dei "Livelli di assistenza del Servizio Sanitario Regionale", sul fronte sanitario e su quello sociale, con suddivisione delle funzioni di Assistenza distrettuale, di Prevenzione collettiva e sanità pubblica e di Assistenza ospedaliera, quest'ultima nella sua architettura per reti di assistenza.

Viene affrontato il tema della "Sanità digitale e Sviluppo tecnologico", prerequisiti essenziali per il miglioramento dei processi clinici e amministrativi e per una sanità capace di portare dati e informazioni in tempo reale a professionisti e cittadini.

In materia di "Pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria" sono definiti soggetti e strumenti sia di pianificazione che di programmazione, considerate leve determinanti per il miglior impiego delle risorse disponibili e si adeguano le tempistiche delle varie fasi al fine di garantire il rispetto dei termini fissati dalla vigente normativa nazionale in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e di permettere un reale coinvolgimento dei portatori di interesse nella stesura dei piani annuali a livello locale e consentire una maggiore razionalizzazione delle funzioni decisionali.

Nel 2020 continueranno a trovare sviluppo, in quanto di sicuro interesse per il positivo impatto che ci si attende nel rapporto con i cittadini, i progetti di *Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver*, di *Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza*, di *Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)*, di *Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente*, di *Esperienza nei percorsi assistenziali*.

Proseguono inoltre le azioni di *governance* clinica di:

- a. promozione della salute e assistenza integrata;
- b. revisione dei *setting* assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità;
- 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 criteri espliciti di evidenza e di provata scientificità, sia per le tecnologie sia per i processi assistenziali;
- e. revisione degli attuali modelli organizzativi, al fine di renderli sempre più conformi alle esigenze del paziente e dei suoi familiari;
- f. garanzia al cittadino del rispetto dei tempi d'attesa in regime ospedaliero ed ambulatoriale, in coerenza con la DGR 1815/2019 e relativa applicazione;
- g. utilizzo 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. coinvolgimento del personale.

## 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 2020, per permettere agli Enti del SSR, di predisporre i singoli Piani attuativi locali (PAL) e Piani attuativi ospedalieri (PAO).

Gli aspetti formali e la tempistica del processo di programmazione per l'anno 2020 sono i seguenti:

- entro il **22.11.2019**, predisposizione da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito DCS) e approvazione dalla Giunta Regionale delle "Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2020" (versione preliminare). Successivamente le linee saranno trasmesse al Consiglio delle Autonomie Locali per l'acquisizione del parere di competenza;
- entro l'**11.12.2019** predisposizione da parte delle Aziende della proposta di PAL/PAO 2020 e trasmissione della stessa per la negoziazione. L'Azienda sanitaria universitaria di Trieste presenta la proposta di PAL relativa alla costituenda Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI), mentre l'Azienda sanitaria universitaria di Udine presenta la proposta di PAL relativa alla costituenda Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC);
- entro il **18.12.2019** negoziazione con le Aziende per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO delle Aziende del Servizio sanitario regionale;
- entro il **31.12.2019**, le Aziende approvano il PAL/PAO 2020, previa acquisizione dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004 (come modificata dalla L.R. n. 12/2015, della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università) e approvazione da parte della Giunta regionale delle Linee definitive. Limitatamente ai PAL delle costituende Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) e Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC), gli attuali Commissari straordinari approvano, sempre entro il 31/12/2019 una proposta di PAL 2020;
- entro il **10.1.2020**, i Direttori generali dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) e dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC) recepiscono le proposte di PAL ed adottano il PAL per l'anno 2020;
- entro il **15.2.2020** la DCS adotta e trasmette alla Giunta Regionale il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato per l'anno 2020.

### **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 2020 degli enti del Servizio sanitario regionale si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali.

#### **3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE**

- 3.1.1. Nuovi atti aziendali
- 3.1.2. Assistenza territoriale
- 3.1.3. Assistenza sociosanitaria
- 3.1.4. Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni
- 3.1.5. Erogatori privati
- 3.1.6. Innovazione terapeutica

#### **3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA**

- 3.2.1. Piano regionale prevenzione 2020 -2025
- 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici
- 3.2.3. Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia
- 3.2.4. Gli screening neonatali
- 3.2.5. Prevenzione degli incidenti domestici
- 3.2.6. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio
- 3.2.7. Promozione della salute nei luoghi di lavoro
- 3.2.8. Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza
- 3.2.9. Ambiente e salute. Facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della salute in tutte le politiche
- 3.2.10. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e Piano nazionale di contrasto alle resistenti antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).
- 3.2.11. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile
- 3.2.12 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare

#### **3.3 ASSISTENZA PRIMARIA**

- 3.3.1 Assistenza distrettuale
- 3.3.2 Assistenza Protesica
- 3.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico
- 3.3.4 Salute mentale
- 3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare
- 3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore
- 3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica
- 3.3.8 Consultori familiari
- 3.3.9 Sanità penitenziaria
- 3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

3.3.11 Odontoiatria pubblica

3.3.12 Accreditemento

### **3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA**

3.4.1 Tetti spesa farmaceutica

3.4.2 Appropriatazza prescrittiva

3.4.3 Attività centralizzate - ARCS

3.4.4 Appropriatazza prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale

3.4.5 Biosimilari

3.4.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali

3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali

3.4.8 Assistenza integrativa

3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

3.4.10 Farmacovigilanza

### **3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA**

3.5.1 Non autosufficienza

3.5.2 Anziani

3.5.3 Disabilità

3.5.4 Minori

3.5.5 Salute mentale

3.5.6 Dipendenze

### **3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA**

3.6.1 Governo clinico e reti di patologia

3.6.2 Emergenza urgenza

3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera

3.6.4 Trapianto e donazione

3.6.5 Percorso nascita

3.6.6 Pediatria

3.6.7 Sangue ed emocomponenti

3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH

### **3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI**

3.7.1 Tempi di attesa

3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie

3.7.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

### 3.8 FLUSSI INFORMATIVI

3.8.1. Rapporti con amministrazioni centrali

3.8.2. Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

Per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei *target* attesi, previsti nei diversi paragrafi sopra descritti, oltre che dell'ARCS, la DCS continua ad avvalersi delle strutture di *Epidemiologia* e di *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, 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, nonché dell'*Area Welfare*.



## 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

### 3.1.1. Nuovi atti aziendali

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione dovranno essere approvati i nuovi atti aziendali secondo le modalità stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018.

### 3.1.2. Assistenza territoriale

I Distretti, per dare avvio al nuovo assetto organizzativo rafforzando la funzione di committenza, provvederanno a mappare e a stratificare la popolazione di riferimento sulla base della complessità del case mix, del rischio di eventi e della fragilità, al fine di ottimizzare l'appropriatezza della presa in carico e degli interventi per livelli di intensità e di complessità.

Viene confermata l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, basata sulle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), in coordinamento e integrazione di attività con le varie figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza, tenuto conto delle peculiarità orogeografiche e della distribuzione di popolazione nel territorio regionale (caratterizzato in gran parte da comuni di dimensioni medio-piccole) e delle caratteristiche di prossimità garantite dalla diffusa presenza sul territorio dei Medici di Medicina Generale; i Medici di Continuità Assistenziale entrano a far parte di queste logiche organizzative.

Questa organizzazione intende rafforzare il governo del distretto nella presa in carico - clinica e/o integrata - basata su interventi personalizzati (per le situazioni a maggior complessità, difficilmente riconducibili a uno standard, che richiedono una valutazione in UVM e la stesura di un PAI) e su percorsi standardizzati (PDTA) per le situazioni cliniche epidemiologicamente rilevanti ma di minor impatto assistenziale e di minore complessità.

Le AFT rafforzeranno la funzione di snodo dell'inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali, quale momento di confronto e di condivisione di obiettivi, indicatori, percorsi e risultati con particolare riguardo ai fenomeni inerenti la multimorbilità, la complessità, la fragilità, la stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità d'iniziativa.

Pur mantenendo la propria sede operativa tradizionale, le funzioni amministrative e gestionali di Cefomed, verranno incardinate in Azienda regionale di coordinamento per la salute. Le attività formative 2020 proseguiranno sia nella conduzione dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale, (per cui è previsto un ulteriore progressivo aumento di discenti/anno, al fine di prevenire la futura carenza di medici di famiglia), sia nell'organizzazione della c.d. formazione permanente (basata sulle attività di audit e di formazione sul campo in seno alle AFT).

Nell'ambito delle cure palliative si prevede il completamento della rete di offerta di posti letto accreditati di hospice e il potenziamento complessivo delle attività della rete.

Proseguono e si consolidano le attività sui percorsi nascita, sulla gravidanza fisiologica, sui disturbi del comportamento alimentare, sull'età evolutiva. Particolare attenzione verrà dedicata alla transizione dall'età evolutiva all'età adulta, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico e alla salute mentale.

Si consolidano le attività sulla salute mentale, sull'odontoiatria pubblica, sulla sanità penitenziaria (rafforzando, per quest'ultima, la funzione di coordinamento in rete regionale).

### 3.1.3. Assistenza sociosanitaria

La programmazione per l'anno 2020, in coerenza con gli indirizzi del processo di riforma del sistema, prevede un significativo investimento nelle aree dell'integrazione sociosanitaria sia in termini di risorse finanziarie che di contenuti progettuali da sviluppare nei piani Aziendali. Infatti, per tutte le aree interessate - anziani non autosufficienti, persone con disabilità, persone con problemi di dipendenza patologica, persone con disturbo mentale, minori con disturbi neuropsichici e del neurosviluppo - è stato previsto un incremento delle risorse

dedicate rispetto alle annualità precedenti. Per ogni area, inoltre, sono state fornite specifiche indicazioni programmatiche orientate a sviluppare processi di integrazione tra i diversi attori del sistema e a potenziare l'utilizzo di modalità e strumenti innovativi nella presa in carico di queste situazioni di bisogno.

Il raccordo con i Servizi sociali dei Comuni per la realizzazione delle azioni in materia di integrazione socio-sanitaria saranno concordate anche nell'ambito del processo di programmazione sociale di cui ai Piani di zona e ai relativi Piani attuativi annuali.

#### **3.1.4. Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni**

L'Amministrazione regionale intende intensificare l'attività di controllo sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nei livelli essenziali di assistenza sia ospedaliera che distrettuale.

In linea con quanto già previsto con la DGR 182 del 2 febbraio 2018, le Aziende e la Regione proseguono a svolgere le periodiche verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle aziende pubbliche e private secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo regionale per il coordinamento delle attività di controllo delle prestazioni sanitarie.

Anche per mezzo dell'introduzione e la messa a regime dei nuovi applicativi gestionali, il modello, i livelli e gli strumenti di controllo previsti nella citata delibera giuntale saranno gradualmente estesi, all'assistenza distrettuale con particolare attenzione per le prestazioni di ricovero fornite dalle strutture per le cure intermedie pubbliche e private nonché per le prestazioni residenziali e semiresidenziali nelle aree di integrazione socio sanitaria ovvero disabilità, anziani, salute mentale, minori e dipendenze.

In coerenza con il citato programma regionale ed aziendale, la vigilanza ed il controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni nei servizi residenziali e semi-residenziali pubblici e privati convenzionati nell'area dell'integrazione socio sanitaria verrà così distinto:

a) un'attività di vigilanza sulla permanenza dei requisiti autorizzativi previsti dalla normativa vigente nei servizi semiresidenziali e residenziali socio-sanitari:

b) un'attività di controllo sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai servizi semiresidenziali e residenziali. Tale attività dovrà riguardare in particolare:

- la verifica della coerenza dei bisogni sanitari e socio-sanitari degli utenti accolti rispetto al setting di accoglienza e alle prestazioni erogate;
- il controllo sulla corretta applicazione di quanto previsto negli accordi contrattuali stipulati tra Azienda sanitaria ed Enti gestori;
- la verifica della corretta rendicontazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riconosciute nei citati accordi contrattuali e secondo quanto previsto dalle delibere giuntali;
- la valutazione periodica della qualità assistenziale attraverso il monitoraggio di specifici indicatori definiti dal gruppo regionale di coordinamento.

A tal fine le Aziende attraverso il gruppo di coordinamento regionale attuano ed integrano il piano dei controlli che contiene la quantità e le tipologie di verifiche programmate nel corso dell'anno 2020 nonché le modalità ed i tempi di realizzazione.

Ciascuna Azienda Sanitaria provvede inoltre a trasmettere semestralmente alla Direzione centrale competente un report dei controlli effettuati nonché gli eventuali provvedimenti adottati con le seguenti scadenze.

- controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020
- controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021.

#### **3.1.5. Erogatori privati**

L'accordo regionale con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR 42/2017 scade il 31.12.2019 e viene prorogato per il tempo necessario alla conclusione dei procedimenti derivanti dalla D.G.R. n.

1763/2019, che ha determinato il fabbisogno di prestazioni e di strutture sanitarie ai fine dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 49, comma 3 ter della legge regionale n. 17/2014

### **3.1.6. Innovazione terapeutica**

Nell'ambito dell'innovazione terapeutica nel corso del 2020 sarà consolidata l'introduzione delle nuove terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T secondo il percorso avviato con la DGR n. 1629/2019, al fine di garantirne l'accesso a carico del Servizio Sanitario nazionale, nel rispetto di quanto stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Al riguardo gli Enti del SSR individuati daranno continuità ai percorsi specifici avviati per la selezione e la presa in carico programmata dei pazienti eleggibili, nonché ai programmi di qualificazione delle strutture e di formazione del personale, a garanzia della qualità e sicurezza dell'intero processo. La possibile introduzione in corso d'anno di ulteriori terapie geniche e/o di nuove indicazioni terapeutiche potrà richiedere una revisione dei centri, nonché l'attivazione di specifici monitoraggi

## 3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

### 3.2.1. Piano regionale prevenzione 2020 -2025

Il nuovo Piano nazionale della prevenzione 2020 -2025, di durata quinquennale, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale e regionale.

La regione Friuli Venezia Giulia ha il compito di elaborare, tenendo conto della realtà territoriale, il nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020 -2025, di individuare le azioni di prevenzione, i sistemi di monitoraggio in linea con le indicazioni nazionali e di mantenere le azioni strategiche previste e monitorate nel precedente PRP.

In particolare per le linee del futuro PRP individuate dalla DCS dovranno essere resi disponibili due referenti per ASU GI e ASU FC ed uno per AS FO per la partecipazione ai lavori di stesura del PRP.

### 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici

Nel corso del 2020 verranno definite le modalità di prosecuzione dei progetti di prevenzione cardiovascolare già avviati (c.d. screening opportunistico e Cardio 50) ed eventuali progetti relativi ad altre patologie in coerenza con quanto stabilito dal nuovo Piano Nazionale Prevenzione ancora in fase di elaborazione.

### 3.2.3. Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia

L'ottimo andamento degli indicatori di performance dei programmi di screening oncologico impegna le Aziende a mantenere gli sforzi in atto per presidiare la completa estensione alla popolazione obiettivo ed aumentare l'adesione per ciascuno dei programmi di screening, programmi di salute pubblica di comprovata efficacia che interessano ogni anno 350.000 persone in Regione.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio messi a disposizione dalla Direzione Centrale Salute tramite portale screening	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%
Tutte le Aziende Sanitarie: raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al: - 70% per la cervice uterina; - 70% per la mammella; - 70% per il carcinoma del colon retto.
ARCS: Collaborare e garantire supporto statistico epidemiologico per la valutazione dei programmi e per la produzione delle survey annuali per l'Osservatorio Nazionale Screening e per eventuali aspetti specifici dei programmi	- Portale SISSR aggiornato con cadenza almeno quadrimestrale e revisione almeno annuale degli indicatori coerentemente con gli obiettivi previsti dalle LLGG. - Survey ONS prodotte a scadenza - Sviluppo dei nuovi indicatori GISCI per il monitoraggio del riconvertito programma di screening cervicale e messa a disposizione a portale SISSR a partire dal 31.03.2020 e con aggiornamento trimestrale

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condivisione preventiva bozze reportistica di pertinenza per programmi nazionali di valutazione delle performance</li> <li>- Report performance radiologi almeno annuale</li> </ul>
--	--

## CERVICIE UTERINA

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le aziende: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 46-64 aa a partire dal 01.07.2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire disponibilità di appuntamenti per mantenere intervallo di chiamata entro 36 mesi dall'ultimo pap test, entro 12 mesi dall'ultimo HPV+ con pap test negativo.</li> <li>- HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS</li> <li>- HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS</li> <li>- Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (&gt;80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)</li> </ul>
Tutte le Aziende: disponibilità a realizzare su richiesta di ogni AFT 1 intervento formativo sulla riconversione del programma di screening"	Tutti gli interventi formativi richiesti sono stato realizzati.
IRCCS CRO Aviano: coordinare la redazione partecipata di un protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IRCCS CRO Aviano: protocollo redatto ed inviato alla Direzione Salute entro 60 giorni dall'adozione definitiva delle presenti linee</li> <li>- Tutte le Aziende Sanitarie e IRCCS Burlo Garofolo: formale adozione del protocollo e formazione degli operatori come da indicazioni della DCS.</li> </ul>
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello</li> <li>- logistica di supporto (trasporto campioni) da realizzarsi secondo indicazioni DCS</li> </ul>
ARCS: Collaborare con la Direzione Centrale Salute per il mantenimento della logistica di supporto allo screening cervicale e mammografico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenere la gestione delle agende del primo livello dello screening mammografico e cervicale assicurando corretti tempi di chiamata per quanto di competenza.</li> <li>- Manutenere sul CUPWEB il centro prelievi dello screening cervicale</li> </ul>

## MAMMELLA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tutte le aziende sanitarie:</p> <p>ARCS: mantenere supporto alle Aziende / DCS nell'attività di controllo</p>	<p>Tutte le aziende sanitarie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Requisiti check-list DCS rispettati</li> <li>- Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo</li> <li>- Risoluzione delle non conformità evidenziate nei sopralluoghi 2019</li> <li>- ARCS: Evidenza effettuazione sopralluoghi richiesti</li> </ul>
<p>Tutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire sia lettura del primo livello che la gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</li> </ul>
<p>Tutte le aziende con unità senologica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello <math>\leq 20</math> gg da esito positivo della mammografia di primo livello</li> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella <math>\leq 30</math> gg</li> <li>- Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%</li> </ul>
<p>ARCS: garantire continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire la transizione da un aggiudicatario di gara al successivo</li> </ul>

## COLON RETTO

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening</p> <p>Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di cartelle correttamente compilate <math>\geq 95\%</math></li> <li>- Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello <math>\leq 30</math> giorni</li> </ul>

### 3.2.4. Gli screening neonatali

Continuano in armonia con quanto fatto negli anni precedenti le attività collegate agli screening neonatali nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.

### 3.2.5. Prevenzione degli incidenti domestici

Nel quadriennio di vigenza del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 sono state programmate e realizzate un insieme di azioni finalizzate a sensibilizzare al problema dell'incidentalità domestica e promuovere la cultura della sicurezza abitativa fra operatori sanitari, popolazione generale, gruppi a rischio e caregiver cui va data continuità in attesa della predisposizione del Piano Prevenzione 2020-2025. Dovrà essere data continuità alle azioni di sensibilizzazione sul problema dell'incidentalità domestica e promozione la cultura della sicurezza abitativa fra operatori sanitari, popolazione generale, gruppi a rischio e caregiver, implementando la diffusione del materiale informativo realizzato anche attraverso l'inserimento nei nuovi portali aziendali.

### 3.2.6. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio

Verrà data continuazione alla programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate negli scorsi anni. Viste le caratteristiche produttive della regione in passato, dovrà essere garantita in continuità col passato la sorveglianza sanitaria dei cittadini ex-esposti all'amianto che ne fanno richiesta.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Tutte le AAS: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale (Progettualità che necessita di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto)</p> <p>(Report di attività alla DCS)</p>	<p>- 5% delle aziende vigilate (il 5% a livello regionale è pari a 2580 unità controllate).</p> <p>- Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2019.</p> <p>-Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale</p>
<p>CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS e le Aziende Sanitarie alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92</p>	<p>Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.</p>

### 3.2.7. Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Si dovrà garantire un'omogenea attività di informazione e assistenza in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro ponendo come priorità le attività di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino e la partecipazione a progetti mirate all'inclusione sociale.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	- Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali
Tutte le Aziende Sanitarie/PSAL: partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualità che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto)	- Operatori PSAL e dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di Promozione alla Salute formati con corso regionale sul Programma WHP (80% dei 19 operatori censiti al 8/10/2019)  - Aumento a livello regionale di almeno il 20% delle imprese aderenti alla Rete WHP (attualmente 15)
Tutte le Aziende Sanitarie/PSAL: partecipare al Progetto inter-istituzionale "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa" attraverso interventi formativi a favore dei detenuti delle case circondariali regionali.  (Progettualità che potrebbe necessitare di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa /normativa in atto)	Operatori PSAL docenti ai corsi sulla formazione generale ai sensi dell'art. 37, co. 1 lett. a) del D.Lgs. 81/08 dei detenuti dimettendi, organizzata in ogni istituto penale del FVG (n. 3 corsi a Gorizia, n. 3 a Tolmezzo, n. 10 a Udine, n. 12 a Trieste, n. 7 a Pordenone).

### 3.2.8. Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza

Nel 2020 saranno sviluppati e mantenuti i sistemi di sorveglianza nella rete della sanità pubblica regionale.

Dovrà essere assicurata da parte di tutte le Aziende l'attività prevista dai programmi di sorveglianza nazionali **PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)**, collaborando sia all'esecuzione che nella restituzione dei risultati.

### 3.2.9. Ambiente e salute. Facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio secondo il modello della salute in tutte le politiche

Il 2020 sarà un anno di revisione organizzativa anche in questo campo (nuove Aziende Sanitarie, rifondazione del c.d. Osservatorio Ambiente Salute, definizione di competenze tra DCS e ARCS) per cui in questa sede ci si limita a definire la prosecuzione di obiettivi/attività da consolidare, come la partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" o il supporto ad Enti e Comuni nelle procedure/programmi di pianificazione territoriale per promuovere lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale. Inoltre dovrà essere proseguita l'attività di formazione che verrà definita e indicata successivamente dalla DCS anche in materia di controlli REACH/CLP

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 .	Effettuazione dei campionamenti come specificato nella nota prot n. 779/P inviata dalla DCS in data 11.01.2019. I campionamenti andranno eseguiti nel primo trimestre (gennaio-marzo) e nel terzo trimestre (luglio-settembre) del 2020.



	<p>Suddivisione dei campioni sulla base della futura organizzazione territoriale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASUGI: 18 campionamenti</li> <li>- ASUFC: 28 campionamenti</li> <li>- Azienda Friuli Occidentale: 30 campionamenti</li> </ul>
<p>Sorveglianza delle acque potabili.</p> <p>Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.</p>	<p>Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.</p>
<p>Ogni Azienda Sanitaria garantisce 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.</p>	<p>Almeno 5 imprese controllate per ciascuna Azienda Sanitaria.</p>

### 3.2.10. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e Piano nazionale di contrasto alle resistenti antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).

A livello globale le malattie infettive continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte con emergenza/riemergenza di agenti infettivi, zoonosi (alimentari e non), malattie trasmesse da vettori. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica ed è auspicabile che grazie al PNCAR siano attuate azioni di contrasto. Gli ambiti di intervento ritenuti prioritari su cui concentrare le attività preventive anche alla luce della revisione normativa/organizzativa in atto per il 2020 sono consolidare e migliorare le coperture vaccinali (raggiunte anche grazie alla legge sull'obbligo vaccinale) e in specifici gruppi a rischio e rafforzare il e rosolia congenita

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)</p>	<p>Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi (coorte 2017)</li> <li>- MMR (1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> dose)</li> <li>- Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni: obiettivo di 40%</li> <li>- Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%</li> </ul>
<p>Sviluppare il piano di monitoraggio del PNPV con gli indicatori individuati dal Ministero Salute in particolare contribuire alla predisposizione di un documento regionale condiviso con le procedure per la gestione della segnalazione/ monitoraggio eventi avversi a vaccinazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio trimestrale DCS degli indicatori</li> <li>- Documento regionale condiviso</li> </ul>
<p>Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività a DCS</p>	<p>Report mensile da inviare alla DCS</p>

Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health) sarà un obiettivo strategico del Ministero salute nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2024. La specifica Linea strategica di intervento: “Interventi per promuovere l’uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario individua il seguente obiettivo:

- “Utilizzando come strumento di verifica la check-list di farmacovigilanza, le ASL promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% di allevamenti aderiscono alle indicazioni sull’utilizzo degli antimicrobici secondo le linee guida”.
- Raggiungimento degli obiettivi di riduzione (globali e per specifiche classi di antibiotici) del consumo di antibiotici previsti dal PNCAR in ambito umano. In ambito Veterinario, in assenza del dato del consumo effettivo precedente il 2019, verrà valutato negativamente lo scostamento superiore al dato medio di consumo nazionale

Di seguito si indicano gli specifici obiettivi aziendali proposti per l’anno 2020 con il relativo risultato atteso:

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) mantenimento funzionalità sistema informativo	- entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione e colonie feline

### 3.2.11. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile

Prosegue l’impegno nel favorire il mantenimento di un buono stato di salute per tutte le persone lungo tutto il corso dell’esistenza, prevenendo l’insorgenza di MCNT attraverso la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno, migliorando le abitudini alimentari di piccoli, giovani, adulti e anziani, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili e ai soggetti intolleranti e allergici.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull’allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull’allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d’appalto in corso nel 2019 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l’utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 10% delle gare d’appalto di PA e Enti in corso nel 2020 in ogni Azienda

### 3.2.12 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare

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;

- consolidare, con maggiori e capillari interventi sul territorio, la fase sperimentale del progetto Piccole Produzioni Locali;
- programmare ed effettuare le attività di audit previste;
- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;
- procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di mantenere l'accreditamento per Regione indenne;
- effettuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto;
- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello regionale;
- potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B).
- attivare i nuovi piani di controllo e monitoraggio per la Scapie e la Paratubercolosi.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2019
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2020 - il n. audit per settore programmati per il 2020 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2020, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti 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 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2020 - il n. audit per settore programmati per il 2020 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti di o.a - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore

	<p>Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicare il protocollo PPL malghe 2020 a tutti gli ova aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2020.</li> <li>- Trasmettere entro il 31/12/2020 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni;</li> <li>- un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio;</li> <li>- il dettaglio delle attività eseguite su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- carni suine e avicunicole</li> <li>- carni di specie diverse</li> <li>- prodotti lattiero caseari di malga</li> <li>- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p>Sistema informativo SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN</p>	<p>Entro il 31/7 il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, registrazione C.U., agenda operatore, report di base)</p>
<p>Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky</p>	<p>Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)</p>
<p>Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015</p>	<p>100% dei controlli sul benessere animale richiesti dal PRISAN 2020 effettuati</p>
<p>Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali</p>	<p>Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali</p>
<p>Paratubercolosi bovina e ovi caprina: attivazione piano regionale di controllo</p>	<p>Effettuare presso almeno il 60% degli allevamenti, campioni di sangue finalizzati alla mappatura dello stato sanitario degli allevamenti bovini e ovi caprini in corso di profilassi, coordinando l'attività dei veterinari aziendali (di cui al DM 07 Dicembre 2017) entro il 31/12/2020</p>
<p>Genotipizzazione arieti per Scrapie .</p>	<p>- Entro il 30/6/2020 il 100% degli allevamenti soggetti al Piano Regionale è individuato e censito</p>

	<p>- Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2020</p>
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	<p>Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.</p>

### 3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

#### 3.3.1 Assistenza distrettuale

Il percorso normativo di ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia è cominciato con la L.R. 17 dicembre 2018, n. 27 e prosegue un iter di riforma legislativa, con l'intento di valorizzare la centralità della persona e della famiglia, nel principio di equità di accesso alle cure, nella costruzione delle condizioni organizzative, tecnologiche e professionali per una reale presa in carico personalizzata e integrata della fragilità e delle morbilità.

Il nuovo modello di assistenza distrettuale prevede le seguenti funzioni:

- a) committenza, consistente nella definizione della programmazione dell'assistenza, attraverso l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nella acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati;
- b) presa in carico, consistente nella definizione di un sistema di accesso ai servizi per garantire la continuità assistenziale della persona;
- c) controllo, consistente nella verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali stipulati, nella verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza;
- d) integrazione, consistente nella creazione e nel consolidamento di una rete di supporto tra le strutture per la funzione di produzione in relazione alle differenti aree di intervento;
- e) produzione, consistente nell'erogazione dell'assistenza.

In particolare, si rende necessario mappare e stratificare la popolazione di riferimento sulla base della complessità del case mix, del rischio di eventi e della fragilità, utilizzando strumenti quali l'Adjusted Clinical Groups (ACG) al fine di ottimizzare l'appropriatezza della presa in carico e degli interventi per livelli di intensità e di complessità.

Il sistema ACG, approntato dall'Università Johns Hopkins di Baltimora (Usa) e adottato da questa Regione, è un sistema di mappatura della popolazione di un determinato territorio atta a riconoscere la maggiore o minore concentrazione di malattie nei diversi luoghi geografici. In questo modo ogni gruppo di assistiti, misurato nella sua esperienza totale di malattie, singole o multiple, potrà, potenzialmente, essere meglio rappresentato e meglio assistito dal servizio sanitario, perché meglio conosciuto nei suoi bisogni di salute o rischi di malattia.

L'utilizzo del sistema ACG, permettendo di identificare e mappare i gruppi di soggetti con bisogni assistenziali più complessi, offre l'opportunità di inserire questi soggetti in programmi di presa in carico clinica e/o integrata, governata dal distretto che, a valle di un adeguato percorso formativo, propone modelli assistenziali idonei.

In tal modo sarà possibile costruire:

- a) interventi personalizzati per le situazioni a maggior complessità, difficilmente riconducibili a uno standard, che richiedono una presa in carico integrata (con valutazione in UVM e stesura di un PAI);
- b) percorsi standardizzati (PDTA) per le situazioni cliniche epidemiologicamente rilevanti ma di minor impatto assistenziale e di minore complessità, che necessitano comunque di un adeguato livello di governo.

Il sistema di presa in carico viene pertanto alimentato sia da un percorso proattivo attraverso il sistema sopra descritto, sia attraverso l'accesso diretto della persona o per il tramite del MMG al punto unico di accesso distrettuale.

Nel corso del 2020 verranno implementate una serie di azioni propedeutiche a garantire la piena operatività del nuovo modello e verrà definito il Piano della Cronicità a recepimento del Piano Nazionale, in coerenza con i principi e il modello organizzativo sopra delineati.

Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), è prevista la partecipazione attiva dei Medici di Medicina Generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure.

Per quanto riguarda detti professionisti, il 2019 è stato un anno di transizione finalizzato alla valutazione dei risultati ottenuti nel corso del triennio precedente in applicazione dell'AIR 2016-18, a suo tempo sottoscritto in coerenza con l'assetto dell'assistenza primaria definito dalla LR 17/2014.

Con Delibera di Giunta Regionale n. 1381 del 09/08/2019 è stato sottoscritto l'Accordo integrativo regionale (AIR) "ponte" con i medici di medicina generale per l'anno 2019, con l'obiettivo di garantire una serie di azioni propedeutiche alla definizione di un nuovo AIR triennale, basato sulla necessità di spostare progressivamente per appropriatezza il baricentro di assistenza e di cura, per cronicità e fragilità, dal setting ospedaliero a quello territoriale, mediante azioni incentrate sull'intercettazione dell'instabilità nel cronico e nel fragile che genera ricoveri potenzialmente evitabili, in coerenza con l'attuale processo di riforma regionale.

Anche per il 2020 viene confermata l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, riportando le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle MGI in una coerenza di sistema su tutto il territorio regionale. In particolare, nelle more della sottoscrizione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale triennale e atteso il fatto che i contenuti dell'AIR "ponte", così come quelli dei precedenti AAIRR non modificati da questo, restano in vigore fino al prossimo Accordo Integrativo Regionale in materia, ai sensi della Norma Transitoria n. 5 del vigente ACN, si confermano le previsioni contrattuali vigenti in tema di:

- Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale, quale parte costitutiva dell'Ufficio di Coordinamento dell'Attività Distrettuale (U.C.A.D.) di cui all'art.3-sexies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992;
- Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quale snodo dell'inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali;
- Medicina di Gruppo Integrata (MGI), quale forma organizzativa dell'assistenza primaria in coordinamento e integrazione di attività con le varie figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza, tenuto conto delle peculiarità orogeografiche e della distribuzione di popolazione nel territorio regionale (caratterizzato in gran parte da comuni di dimensioni medio-piccole) e delle caratteristiche di prossimità garantite dalla diffusa presenza sul territorio dei Medici di Medicina Generale;
- personale segretariale e infermieristico di studio, nelle more dell'evoluzione organizzativa verso forme di "microteam" multiprofessionali.

Tra gli obiettivi 2019 per i MMG era previsto tra l'altro la definizione di una lista di assistiti ultrasettantacinquenni fragili, validata dal Direttore di Distretto in collaborazione con l'UDMG, sulla base di una valutazione preliminare effettuata da parte di ogni MMG che specificasse per ogni assistito la necessità di segnalazione del caso al distretto (c.d. "presa in carico leggera" al fine di monitorare le situazioni a rischio) oppure la necessità di presa in carico congiunta mediante definizione di PAI in UVM per tutti i casi non ancora noti al distretto.

Con DGR n. 1718 dd 11 ottobre 2019 è stato inoltre reso attuativo l'"Accordo Integrativo Regionale quadro in attuazione del Capo III sulla Continuità assistenziale dell'Accordo collettivo nazionale 2009 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", che crea i presupposti per l'integrazione professionale e la presa in carico continuativa delle situazioni di cronicità/fragilità.

Nel 2020 si dovranno orientare le azioni di sanità d'iniziativa sulla base delle iniziative propedeutiche realizzate in applicazione dell'Accordo ponte 2019 e della preliminare stratificazione per complessità/fragilità da effettuare a livello distrettuale di AFT e dell'audit conseguentemente effettuato.

Le tematiche prioritarie da trattare in AFT saranno pertanto quelle – professionalizzanti – tipiche delle attività territoriali/distrettuali, che hanno riguardo dei fenomeni inerenti la multimorbilità, la complessità, la fragilità, la stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità d'iniziativa.

A cura di ogni Azienda e con il supporto di Ceformed le attività formative di AFT (audit, formazione tra pari) vanno accreditate come FSC, anche per rendere coerente l'offerta formativa con la necessità di concorrere alla copertura del debito formativo in termini di crediti ECM.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Stratificazione della popolazione	1. Entro il 31.03.2020 in ogni distretto deve essere disponibile la stratificazione della popolazione di riferimento per complessità, sulla base dello strumento ACG. La stratificazione dovrà essere strutturata anche per ogni singola AFT e per singolo MMG.
2. Definizione committenza	2. Entro il 31.12.2020 i distretti, sulla base della stratificazione della popolazione e sulle ulteriori informazioni a disposizione, definiscono, all'interno del PAT, la committenza 2021 per la popolazione di riferimento. Qualora il distretto non abbia una dimensione sufficientemente consistente, la committenza può essere definita anche a livello sovradistrettuale per aggregazioni di distretti.
3. Piano regionale della cronicità	3. ARCS entro il 31.03.2020 elabora in collaborazione con DCS e Aziende il Piano Regionale della Cronicità.
4. Percorso formativo presa in carico	4. ARCS entro il 30.04.2020 predispone un percorso formativo sul tema della presa in carico finalizzato a fornire gli strumenti culturali e operativi per dare avvio al nuovo modello distrettuale
5. Valutazione multidimensionale pazienti ultra 75enni	5. Il 100% dei pazienti ultra 75enni segnalati dai MMG, secondo l'accordo integrativo regionale 2019, come non noti al Distretto ma meritevoli di presa in carico tramite PAI hanno ottenuto una valutazione multidimensionale e un PAI con conseguente presa in carico entro il 30.06.2020.
6. Definizione modello distrettuale	6. Le Aziende nei loro atti aziendali definiscono un modello distrettuale coerente con le indicazioni fornite nelle linee di gestione.
7. Accreditemento ECM formazione sul campo in AFT	7. Le Aziende accreditano come FSC ai fini ECM le attività formative e di audit in AFT previste per il 2020.

### 3.3.2 Assistenza Protesica

Nel corso del 2020 verrà realizzata una gara centralizzata per la gestione dell'assistenza protesica. A tal fine e sulla base delle linee di indirizzo definite da ARCS con il supporto di un gruppo tecnico, ARCS propone alla DCS entro il 30.06.2020 un modello regionale di gestione della protesica.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------



Modello di gestione assistenza protesica	ARCS propone alla DCS entro il 30.06.2020 un modello di gestione della protesica che recepisce le linee di indirizzo regionali.
--	---

### 3.3.3 Disturbi dello Spettro Autistico

Specifica e puntuale attenzione sarà indirizzata verso il tema della transizione dall'età minore all'età adulta, essendo rilevante (dato comune ad altre realtà regionali e nazionali) il tasso di dispersione dell'utenza a ridosso del diciottesimo anno, responsabilizzando i servizi dell'età evolutiva e quelli dell'età adulta operanti nei Distretti a formalizzare il lavoro di integrazione.

Per quanto concerne i disturbi dello Spettro Autistico in età adulta, le Aziende collaboreranno per il tramite di loro rappresentanti alla definizione delle linee di indirizzo. Si intende inoltre predisporre una mappatura funzionale dei diritti acquisiti o da far acquisire ai fini della inclusione socio-lavorativa delle persone con autismo sia ad alto che a basso funzionamento, riformulandone periodicamente l'analisi dei bisogni.

Nel modello di presa in carico distrettuale si inserisce con particolare pertinenza la casistica dei pazienti con disturbo dello spettro autistico che rappresentano certamente situazioni complesse con bisogni di natura sia sanitaria che socio sanitaria. La garanzia della continuità della presa in carico al compimento del 18esimo anno di età è affidata al Distretto che dovrà definire con una valutazione multidimensionale il Progetto assistenziale personalizzato per tutti i pazienti che si trovino nella fase della transizione.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Minori con disturbo autistico	Nel 2020 il 100% dei minori con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita devono essere rivalutati in UVM per la definizione di un PAI che garantisca la transizione dai servizi di NPI a quelli dell'età adulta.

### 3.3.4 Salute mentale

Per quanto riguarda l'età adulta nel 2019 le Aziende hanno evidenziato i propri percorsi integrati tra cure primarie e DSM e i percorsi congiunti tra NPIA, DSM, PLS e MMG per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta, in linea con il Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta 2018-2020 (PANSM). In particolare sono stati realizzati nel 2019 vari incontri e attività di formazione congiunta, tra MMG e operatori selezionati dei DSM, in riferimento all'uso delle linee guida dell'OMS (mhGAP -IG) e all'utilizzo razionale delle terapie antidepressive.

Le attività previste dal PANSM avranno continuità anche nel 2020: in relazione alla revisione organizzativa e normativa in atto, alcune attività per il 2019 si dovranno perfezionare e una proroga del cronoprogramma si renderà quindi necessaria.

Relativamente ai disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici ad esordio nell'infanzia e nell'adolescenza gli Enti del SSR, i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Medicina Generale, collaborano alla definizione di iniziative regionali e vi partecipano attivamente per quanto di competenza volte alla identificazione precoce di tali disturbi.

Le Aziende inoltre definiranno un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2).

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Presa in carico e cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva	Le Aziende definiscono un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)
---	---

### 3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare

Nel corso del 2019 era prevista l'operatività a livello regionale di centri Diurni per attività semiresidenziali rivolte ad adulti e a minori con disturbi del comportamento alimentare, in coerenza con quanto previsto dalla DGR 668/2017. Nel corso del 2020 si prevede, nell'ambito dell'attuazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i DCA di cui alla suddetta deliberazione, l'entrata a regime dell'attività dei Centri Diurni aziendali rivolta sia a utenti in età adulta che in età evolutiva.

Proseguono le attività di Osservatorio epidemiologico regionale da parte dell'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e dell'ASUFC per gli adulti.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centri diurni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASUFO attiva un centro diurno DCA per adulti e uno per minori nel territorio aziendale;</li> <li>2. ASUGI e ASUFC definiscono percorsi di accesso presso i centri diurni DCA distinti per pazienti adulti e per pazienti minori.</li> </ol>

### 3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore

Nel 2019 le Aziende hanno proseguito l'implementazione di quanto contenuto nella DGR 165/2016 con alcune criticità che riguardano l'acquisizione di personale e le difficoltà connesse ai sistemi informativi. In particolare, nell'ambito della terapia antalgica in età adulta si sono evidenziate delle criticità nell'istituzione della reperibilità algologica h 24 per i centri Hub e nel rispetto della tempistica dei criteri di priorità per la prima visita algologica. Le codifiche di terapia antalgica di cui alla DGR 1680/2018 sono state adottate.

Nel 2020 l'impegno delle Aziende sul versante della terapia del dolore sarà orientato ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alla prima visita algologica da un lato tramite la rimodulazione dell'offerta, rendendola più congrua ai bisogni della popolazione, dall'altro attraverso il potenziamento del governo della domanda e dell'appropriatezza prescrittiva.

In merito al tema delle cure palliative nel 2020, al fine di consolidare l'attuazione della rete regionale (DGR 165/2016), a tutti gli enti del SSR è richiesto di continuare l'attività di formazione in materia con le modalità individuate nel progetto formativo regionale. È prevista, altresì, la prosecuzione degli obiettivi di miglioramento dell'attività delle cure palliative attraverso la previsione dell'assistenza da garantire h 24, l'adozione di criteri di accesso e il rispetto di tempistiche e modalità di presa in carico e il completamento della rete dell'offerta di posti letto accreditati di hospice.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Terapia del dolore	1. sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata

Cure palliative	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\geq 75\%</math> dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice;</li> <li>2. ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA;</li> <li>3. il coordinamento regionale delle cure palliative definisce le modalità di registrazione dell'attività attualmente non prevista dai sistemi informatici in uso entro il 28.02.2020 e le Aziende lo adottano.</li> </ol>
-----------------	---

### 3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica

Con Decreto del Direttore di Area Assistenza Primaria n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016 è stato adottato il documento redatto dal Coordinamento regionale di cui all'art. 5 della LR 10/2011 avente ad oggetto "Modalità organizzative per la gestione delle cure palliative e la Terapia del dolore in età pediatrica in ambito regionale" che demandava a successivo provvedimento l'individuazione del centro di riferimento regionale per le cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica. In data 29/07/2019 è stato quindi adottato il Decreto di Area Assistenza Primaria n. 1345 che individua nell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste il Centro specialistico di riferimento per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale, che svolge attività clinica, di formazione, di ricerca e di supporto al funzionamento della Rete e garantisce:

1. la realizzazione dei contenuti previsti dall'allegato tecnico al Decreto n° 1771 "Modalità organizzative per la gestione delle cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica"
2. il supporto, la supervisione clinica e la consulenza alle attività di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale, attraverso il coordinamento regionale della rete di cure palliative pediatriche;
3. l'attivazione di un coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie.

Nel corso del 2020 dovrà essere garantita l'attivazione di percorsi condivisi nell'ambito della Rete.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tutte le Aziende partecipano alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016;</li> <li>2. entro il 31.12.2020 il Centro specialistico di riferimento rendiconta alla DCS le suddette attività.</li> </ol>
Presenza in carico pazienti pediatrici	Entro il 31/12/2020 nell'ambito dei lavori della Rete deve essere predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente pediatrico.

### 3.3.8 Consulenti familiari

Nel corso del 2019 sono state condotte le azioni propedeutiche all'attuazione della DGR 723/2018 che prevede un percorso nascita modulato a seconda del rischio individuale della gravidanza. In particolare si sono conclusi i lavori dei gruppi tecnici per la definizione dell'Agenda della Gravidanza e della scheda informatizzata. La scheda, dopo un periodo di sperimentazione, sarà a disposizione dei Servizi territoriali che seguono le gravidanze fisiologiche a gestione ostetrica e faciliterà l'integrazione con il Punto nascita di riferimento.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Percorso nascita	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le Aziende implementano il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica</li> <li>2. Entro il 31.12.2020 le Aziende individuate dalla DCS aderiscono alla sperimentazione della scheda informatizzata.</li> </ol>
Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti

Nel corso del 2019 è stata approvata la programmazione delle risorse nazionali del Fondo per le politiche della famiglia annualità 2019, per il rafforzamento e la prosecuzione delle attività in essere di carattere sociale dei consultori familiari di competenza dei Consultori in raccordo con i Servizi sociali dei Comuni (SSC).

I Consultori familiari, con il "Programma di interventi a sostegno della genitorialità per il potenziamento delle attività di carattere sociale dei consultori familiari" (DGR 551/2019), continueranno nel 2020, il programma di sviluppo delle azioni previste dalle singole progettualità aziendali, finalizzate a rivisitare e migliorare, orientamenti culturali e professionali del lavoro integrato, attraverso l'esame di situazioni caratterizzate da multi-complessità nell'esercizio delle funzioni genitoriali, già in carico alla rete dei servizi dei Consultori familiari e del Servizio Sociale dei Comuni.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione di strumenti e materiali scientifici multi-professionali, finalizzati al miglioramento delle azioni di rete</li> <li>2. Individuazione di casistica caratterizzate da multi-complessità nell'esercizio delle funzioni genitoriali</li> <li>3. Attivazione di gruppi trasversali di confronto e mutuo – aiuto per genitori, minori, adolescenti</li> <li>4. Organizzare spazi e momenti di incontro/attività a sostegno della genitorialità complessa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute</li> <li>2. Report con n. tot della casistica individuata e trattata (specificando il nr. degli incontri per ciascuno)</li> <li>3. Evidenza del nr. di sottogruppi trasversali avviati e delle tematiche trattate</li> <li>4. Evidenza del nr. di incontri/spazi e attività avviati a sostegno della genitorialità complessa</li> </ol>

È stato avviato un importante lavoro di rete in tutto il territorio regionale, inerente alla tematica adottiva. Il Tavolo è un'importante occasione di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo svolto dai Servizi e dagli Enti Autorizzati. Ha l'obiettivo di effettuare una prima analisi dei dati regionali e nazionali per valutare l'andamento statistico del fenomeno, l'analisi delle situazioni adottive più critiche, al fine di favorire la riflessione *in itinere* ed *ex post* e intende attivare percorsi formativi per i docenti delle scuole di ogni ordine e grado in collaborazione con L'Ufficio Scolastico Regionale. Il Tavolo può altresì farsi anche promotore di iniziative di approfondimento, studio, confronto e interlocuzione con organismi e soggetti istituzionali preposti alla tutela dei minori, sia pubblici che privati, a livello nazionale ed internazionale.

Nel 2019 il Tavolo di coordinamento regionale ha avviato 3 sottogruppi di lavoro sulla tematica adottiva (Fallimenti adottivi, Dati delle adozioni in FVG e Percorsi Formativi per la scuola), che proseguiranno l'attività di studio e ricerca anche nel 2020.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Attività di approfondimento relative a: a) Analisi dati adozioni in FVG 2017-2019 b) Approfondimento su fallimenti adottivi in FVG c) Definizione di percorsi formativi per i docenti di ogni ordine e grado di scuola	1. Evidenza di attività per ogni tematica adottiva e invio alla DCS di dettagliata reportistica su: a) analisi dati adozioni in FVG relativi al triennio 2017 - 2019 (report finale entro dicembre 2020) b) fallimenti adottivi in FVG (report finale entro dicembre 2020) c) percorsi formativi per i docenti di ogni ordine e grado di scuola (report attività entro giugno 2020)
2. Perfezionare in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione alle coppie aspiranti l'adozione, in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale.	2. Report aziendale dei programmi di formazione e informazione svolti dai CF in collaborazione con EE.AA e USR, alle coppie aspiranti l'adozione

Il Ministero della Salute, nell'ambito del Piano Strategico sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020, promuove l'attivazione di reti territoriali antiviolenza, la cui funzionalità dovrà essere garantita dall'adozione di protocolli operativi inter-istituzionali tra aziende sanitarie, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali, Centri Antiviolenza e Associazioni.

Nel 2020 la Regione intende consolidare tutte le reti territoriali, già esistenti o da avviare, di contrasto al fenomeno della violenza maschile contro le donne, attraverso la sottoscrizione di protocolli operativi per ciascun ambito territoriale di competenza.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire reti territoriali tra Aziende Sanitarie, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali (ovvero Servizio Sociale dei Comuni), Centri Antiviolenza e Associazioni, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Evidenza di definizione e sottoscrizione di protocolli operativi per ciascun ambito territoriale di competenza da inviare in DC Salute

### 3.3.9 Sanità penitenziaria

Nel corso del 2020 proseguiranno gli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria, al fine di continuare l'analisi e il monitoraggio di percorsi e interventi, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza.

A livello regionale, il coordinamento in rete delle attività di sanità penitenziaria si dota di un regolamento di funzionamento interno, atto a garantire risposte continuative, proseguendo inoltre i lavori per migliorare la documentazione sanitaria relativa ai detenuti, i percorsi clinici (con particolare attenzione alle ospedalizzazioni), lo sviluppo di progettualità innovative di telemedicina e di cartella condivisa, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure.

Nel 2020 sono, altresì, previsti ulteriori percorsi di formazione a livello aziendale che coinvolgano il personale sanitario e penitenziario con la finalità di migliorare la comunicazione su obiettivi di lavoro comuni, non solo sul rischio suicidario, ma anche sulla gestione di detenuti con bisogni sanitari complessi. A livello regionale sarà data maggiore rilevanza ai percorsi formativi per il miglioramento delle competenze del medico di sanità penitenziaria.

Particolare attenzione verrà ancora posta alla gestione della salute dei detenuti con bisogni complessi e con problematiche di salute mentale e di dipendenza. A tal fine le Aziende sono chiamate a prevedere un'organizzazione

del personale e/o metodologie di lavoro con caratteristiche di interdisciplinarietà e multiprofessionalità che rispondano a detti bisogni.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Miglioramento delle funzioni di sanità penitenziaria	<p>1. Entro il 31.03.2020, il coordinamento in rete delle attività di sanità penitenziaria adotta un proprio regolamento di funzionamento interno e lo trasmette alla DCS;</p> <p>2. Entro il 31.12.2020 ogni Azienda realizza almeno un evento formativo congiunto tra personale sanitario e penitenziario finalizzato al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi, salute mentale e dipendenza.</p>

### 3.3.10 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Le Aziende proseguono nel programma di superamento degli OPG garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS), attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati. Particolare attenzione deve essere data al monitoraggio della presa in carico delle persone in REMS da parte delle équipes multiprofessionali dei CSM di residenza delle persone.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
REMS	entro il 31/12/2020 le Aziende predispongono e inviano alla DCS la reportistica relativa alle persone in REMS, ai PTRI inviati all'autorità giudiziaria competente e ai progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

### 3.3.11 Odontoiatria pubblica

Nel corso del 2019 il programma regionale di odontoiatria pubblica è stato modificato dalla DGR n. 1334 del 31/07/2019.

Nel 2020 si intendono confermati i seguenti obiettivi:

- ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni/anno;
- la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; deve raggiungere tale valore per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1
- la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;
- la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2019 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2019) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente;
- tutte le Aziende devono fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore;</li> <li>2. mantenimento della media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore &gt; 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata &lt; 1;</li> <li>3. raggiungimento della media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito;</li> <li>4. mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e riduzione di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2019) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente;</li> <li>5. invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre.</li> </ol>

### 3.3.12 Accreditemento

Nel 2019 la Direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di accreditemento dei soggetti che svolgono attività di trasporto sanitario, nonché quelli per l'autorizzazione e l'accréditemento delle strutture per la terapia riabilitativa delle dipendenze. Ha avviato, altresì, i procedimenti di accreditemento derivanti dall'applicazione della DGR 1763 del 18.10.2019.

L'organismo tecnicamente accreditemente FVG (OTA) ha dato attuazione alle indicazioni derivanti dall'audit del 22.11.2018, nell'ambito del programma di monitoraggio degli OTA regionali pianificato dal Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditemento nazionale di cui al decreto del Ministro della salute del 30 maggio 2017 e svolti avvalendosi degli auditor/valutatori nazionali iscritti nell'elenco nazionale di cui al decreto del Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute del 19 luglio 2017.

Nel 2020 la Direzione centrale salute concluderà i procedimenti avviati in attuazione della DGR n. 1763/2019 e avvierà i procedimenti di rinnovo dell'accréditemento delle strutture pubbliche, in coerenza con le disposizioni della L.R. n. 13/2019 e in relazione alle aziende sanitarie di cui all'[articolo 3 della L.R. n. 27/2018](#).

Nel 2020 la Regione continuerà la partecipazione al programma di accreditemento nazionale degli organismi tecnicamente accreditementi, come previsto dal Ministero della Salute, quale presupposto di garanzia della qualità delle cure per l'applicazione della direttiva 24/UE sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. Tale attività coinvolgerà sia la Direzione centrale salute sia i referenti degli enti del SSR che fanno parte dell'OTA.

Nel 2020 la Direzione centrale salute avvierà il percorso per gli adempimenti previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 16 CSR, del 24.1.2018, in materia di attività di trapianto.

Agli enti del SSR è richiesta la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti e l'autorizzazione alla frequenza ai corsi di formazione in materia di accreditamento organizzati dall'OTA.

Obiettivo	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<p>1.a Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute</p> <p>1.b Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento</p>
2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	2. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017



### 3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica e integrativa, in continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale del 2019, le Aziende promuoveranno l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). Sarà quindi assicurata ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella specialistica-ospedaliera.

#### 3.4.1 Tetti spesa farmaceutica

Per il 2020 rimangono confermati i tetti di spesa nazionali per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016, così come integrati dalla Legge n. 145/2018 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,69% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC), "tetto acquisito diretto gas medicinali (ATC V03AN)" pari allo 0,2% e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96% del FSR. I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica).

I vincoli fissati a livello regionale per il 2020 sono indicati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

Obiettivo	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR; Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) = 0,2% Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.  Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2020 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici. - Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.

#### 3.4.2 Appropriately prescrittiva

Le direzioni strategiche in collaborazione con le strutture aziendali di farmacia individueranno specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale che ospedaliero, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately.

Obiettivo	Risultato atteso
Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa; - 2 obiettivi assegnati alle UO aziendali relativi all'ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza;

	<p>- Azioni intraprese per le categorie principali</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%)</p> <p>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>
--	---

### 3.4.3 Attività centralizzate - ARCS

L'ARCS, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende Sanitarie, coordina le attività propedeutiche alla stesura dei capitolati tecnici e alla definizione dei capitolati di gara, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.

Nella stesura dei capitolati di gara per l'acquisizione di dispositivi medici, ARCS si attiene a quanto previsto dal DM 10 agosto 2018 "Documento d'indirizzo per la stesura di capitolati di gara per l'acquisizione di dispositivi medici".

Per quanto riguarda la DPC, ARCS assicura il monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali e delle variazioni del prezzo al pubblico, al fine di garantire ricadute positive per il SSR e adotta ogni misura conseguente utile ad assicurare la maggiore economicità per il SSR rispetto ai costi della convenzionata. Mensilmente mette a disposizione di tutte le aziende sanitarie una lista aggiornata dei farmaci aggiudicati a gara. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.

Obiettivo	Risultato atteso
<p>1- ARCS monitora:</p> <p>1.1 l'elenco dei medicinali prossimi alla scadenza brevettuale e garantisce l'ottimizzazione dei tempi di espletamento delle procedure di approvvigionamento con particolare riferimento all'immissione in commercio dei farmaci biosimili o a brevetto scaduto;</p>	<p>1.1. Invio alla DCS, entro il 28.02.2021, di una relazione annuale sulle attività svolte e le tempistiche di attuazione delle procedure di approvvigionamento relativamente all'effettiva disponibilità del primo farmaco equivalente o biosimile di un principio attivo di nuova immissione in commercio, a seguito di procedura di acquisto secondo le normative vigenti (L 232/2016), per l'assistenza erogata tramite le Strutture del SSR</p> <p>Indicatori: dalla data dell'effettiva disponibilità dei biosimili o medicinali equivalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione del provvedimento di aggiudicazione = &lt;90 giorni</li> <li>- a seguito di richiesta delle Aziende, messa a disposizione del farmaco a magazzino mediante procedura urgente entro 45 giorni.</li> </ul> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci=raggiunto</p> <p>tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto</p>

	tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto
1- ARCS monitora: 1.2 le carenze dei medicinali e gestisce gli approvvigionamenti dei prodotti a garanzia della continuità dei trattamenti, secondo la "procedura gestione carenze e indisponibilità di farmaci presso il magazzino centralizzato del FVG" di ARCS;	1.2. ARCS invia agli Enti del SSR la procedura. Entro il 28.02.2021 inoltra alla DCS una relazione sulle carenze verificatesi nel 2020 e la loro gestione al fine di garantire la continuità dell'assistenza ai pazienti  <i>Modalità di valutazione:</i> relazione inviata: sì/no
2- ARCS garantisce la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC ed ottimizza i tempi di approvvigionamento, con particolare riferimento ai medicinali di nuovi inserimento nell'elenco DPC.	2. ARCS fornisce alla DCS, entro il 28.02.2021, l'evidenza della tempistica della disponibilità dei farmaci DPC sulla piattaforma. Indicatore: 45 giorni dall'acquisizione da parte di ARCS dei fabbisogni delle Aziende.  <i>Modalità di valutazione</i> - tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci=raggiunto - tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto - tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto
3- ARCS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto, continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci soggetti a registro AIFA per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results)	3. Evidenza dei ristori effettuati  <i>Modalità di valutazione:</i> Ristori effettuati: sì/no
4- ARCS centralizza l'acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende sanitarie, qualora siano -erogabili da Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte); - innovativi; - con erogazione principale in distribuzione diretta.	4. Invio alla DCS entro il 28.02.2021 di un report che evidenzi la % dei farmaci di nuova commercializzazione acquistati centralmente ed i tempi di acquisizione a decorrere dalla comunicazione dei fabbisogni inviata dalle Aziende ad ARCS. Indicatore: tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni  <i>Modalità di valutazione:</i> - tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci=raggiunto - tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto

- tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci  
= non raggiunto

### 3.4.4 Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope

Per il 2020 sono individuati alcuni indicatori di appropriatezza tratti dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018" redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa, un network di regioni a cui partecipa anche il Friuli Venezia Giulia. In particolare, gli indicatori già presenti nel 2019 relativi all'incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi), al consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica, e alle prescrizioni di antibiotici sono stati integrati con un nuovo indicatore relativo alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.

Obiettivo	Risultato atteso																								
Relativamente agli indicatori sartani, IPP, antibiotici e antidepressivi, le tabelle riportano i target per il 2020.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>Media FVG (2018)</th> <th>Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)</td> <td>37,88%</td> <td>≤ 30 %</td> </tr> <tr> <td>Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>28,57</td> <td>≤25 up pro cap</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORE	Media FVG (2018)	Target a cui tendere	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,88%	≤ 30 %	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,57	≤25 up pro cap															
	INDICATORE	Media FVG (2018)	Target a cui tendere																						
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,88%	≤ 30 %																						
	Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,57	≤25 up pro cap																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore*</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2018</th> <th>Target (soglie S. Anna)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die</td> <td>ASU GI*</td> <td>13,41</td> <td>13,41*</td> </tr> <tr> <td>ASU FC</td> <td>14,50</td> <td>≤ 13,50</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>17,09</td> <td>≤ 16,50</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die</td> <td>ASU GI</td> <td>15,49</td> <td>≤ 14,80</td> </tr> <tr> <td>ASU FC*</td> <td>14,28</td> <td>14,28*</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>15,47</td> <td>≤ 14,80</td> </tr> </tbody> </table>	Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S. Anna)	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,41	13,41*	ASU FC	14,50	≤ 13,50	AS FO	17,09	≤ 16,50	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI	15,49	≤ 14,80	ASU FC*	14,28	14,28*	AS FO	15,47	≤ 14,80
	Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S. Anna)																					
	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,41	13,41*																					
		ASU FC	14,50	≤ 13,50																					
		AS FO	17,09	≤ 16,50																					
	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI	15,49	≤ 14,80																					
ASU FC*		14,28	14,28*																						
AS FO		15,47	≤ 14,80																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2018</th> <th>Target (soglie S. Anna)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</td> <td>ASU GI</td> <td>25,40</td> <td>≤24,50</td> </tr> <tr> <td>ASU FC</td> <td>21,84</td> <td>≤21,50</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>23,35</td> <td>≤21,50</td> </tr> </tbody> </table>	Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S. Anna)	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	≤24,50	ASU FC	21,84	≤21,50	AS FO	23,35	≤21,50											
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S. Anna)																						
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	≤24,50																						
	ASU FC	21,84	≤21,50																						
	AS FO	23,35	≤21,50																						
* Mantenimento valore 2018																									
Modalità di valutazione complessiva:																									

	<p>4-5 indicatori a target = raggiunto</p> <p>3 indicatori a target = parzialmente raggiunto</p> <p>&lt; 3 indicatori a target = non raggiunto</p>
--	--

### 3.4.5 Biosimilari

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le Aziende assicureranno azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del quadro normativo definito dalla L. 232/2016 (art. 1 comma 407) che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. Tali azioni dovranno essere rivolte sia all'ambito specialistico-ospedaliero che a quello territoriale e della continuità ospedale-territorio, anche attivando percorsi di sensibilizzazione verso le Strutture private accreditate.

Sul tema dei medicinali biosimilari si richiamano per completezza il secondo position paper e l'analisi di sicurezza dell'AIFA.

Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	<p>- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2020 e 28/02/2021) descrittive delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno le relazioni</p> <p>- ARCS invia alle Aziende un quadro riepilogativo strutturato degli Accordi quadro in essere di aggiudicazione per i farmaci biologici/biosimilari e ne dà evidenza alla DCS</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Relazioni inviate entro il 31.08.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS;</p>

### 3.4.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali

Le Aziende garantiscono i livelli essenziali di assistenza nell'ambito dell'assistenza farmaceutica (art. 9 del DPCM 12.01.2017) assicurando, tra l'altro:

- la DD dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
- l'erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale secondo le direttive della DGR 12/2018 sia attraverso le Strutture pubbliche che private accreditate.

Per i farmaci ad alto costo le Aziende eroganti proseguono i percorsi già attivati per consentire la verifica dell'appropriatezza d'uso alle aziende di residenza.

Le Aziende rafforzano le azioni in essere volte a garantire l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica erogata attraverso la DPC dei medicinali provvedendo a:

- rendere disponibile ai prescrittori dell'elenco aggiornato dei farmaci erogabili in DPC con l'evidenza delle specialità effettivamente disponibili;

- monitorare le erogazioni convenzionali dei farmaci ricompresi nell'elenco dei medicinali erogabili in DPC approfondendo con i prescrittori le motivazioni del ricorso a tale modalità (non sostituibilità, ricette urgenti, farmaci mancanti in DPC, ecc);
- assicurare le opportune informazioni relativamente ai farmaci di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC per garantire i percorsi assistenziali più appropriati anche nelle more dell'effettiva disponibilità dei medicinali in piattaforma;
- mettono a regime gli accordi per l'erogazione del I ciclo stipulati nel corso del 2019 con le strutture private accreditate

Obiettivo	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta  Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.20 ed entro il 28.02.21.  <i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no

### 3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali

Al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse, nel corso del 2019 gli Enti del SSR hanno predisposto e adottato un regolamento che definisce le disposizioni organizzative in merito alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari.

Obiettivo	Risultato atteso
Nel corso del 2020 gli Enti del SSR armonizzano i regolamenti adottati, ne favoriscono la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali.	Armonizzazione nei nuovi Enti dei regolamenti predisposti nel 2019. Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali  <i>Modalità di valutazione:</i> Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021: sì/no

### 3.4.8 Assistenza integrativa

Le Aziende potenziano 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 un efficientamento della spesa ed una razionalizzazione dei consumi di tali prodotti. Per quanto riguarda l'erogazione degli ausili di cui all'Allegato 2 del DPCM 12.01.2017, gli Enti del SSR fanno riferimento alle DGR 1783/2017 e 2190/2012 come stabilito dalla DGR 65/2018.

Obiettivo	Risultato atteso
1. La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783	1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017

<p>del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi.</p> <p>2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>	<p>2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no</p>
--	---

### 3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Le Aziende continuano a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) assicurando ai fini degli adempimenti LEA, l'implementazione, le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, in linea con il riassetto istituzionale e organizzativo del SSR ai sensi della LR n. 27/2018.

Obiettivo	Risultato atteso
<p><b>REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI</b></p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>-Armonizzazione nei nuovi Enti del SSR dei percorsi aziendali (monitoraggi/controlli effettuati) per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato inserimento o all'inserimento ritardato dei pazienti in piattaforma, che deve essere garantito per il 100% dei casi ai fini della rimborsabilità.</p> <p>- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio.</p> <p><i>Modalità di valutazione</i> Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no Riscontro agli approfondimenti/ricieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no Partecipazione agli incontri organizzati dalla DCS o dall'AIFA in tema registri: sì/no</p>
<p><b>CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA</b></p> <p>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.</p>	<p>- Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</p> <p>- Avvio e implementazione della cartella oncologica pediatrica (Burlo).</p>

	<p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2020 e al 31.12.2020. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<p><b>PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</b></p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.</p> <p>Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende.</p>	<p>- % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq</math> 90%.</p> <p>La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % <math>\geq</math> 90%: obiettivo raggiunto</li> <li>- % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto</li> <li>- % &lt; 75%: obiettivo non raggiunto</li> </ul>
<p><b>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</b></p> <p>Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: &gt; 65%</p> <p>Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche &gt; 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 65% raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto</li> <li>- % PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 50% non raggiunto</li> </ul> <p>Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (&gt; 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS.</p>



	Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.
<p><b>FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA</b></p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, 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) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (&gt; 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p> <p>Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni..</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese</p> <p>Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).</p> <p>Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).</p> <p>Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS</li> <li>% &gt; 99,5%: raggiunto</li> <li>% tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto</li> <li>% &lt; 99%: non raggiunto</li> </ul> <p>- Targatura: target rilevati dalla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto</li> <li>- % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</li> </ul> <p>- Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no</p>

### 3.4.10 Farmacovigilanza

Sul versante della farmacovigilanza continuano le progettualità già avviate a livello regionale finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali avviate dalla DCS in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013, 2199/2014) e dalle nuove convenzioni in essere (17/2017 e 18/2017) con particolare riferimento al progetto pluriennale volto a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie e gli IRCCS.

Prosegue anche la progettualità regionale finanziata da AIFA sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, avviata nel 2019, sotto il coordinamento del centro regionale delle malattie rare e della rete.

Nel corso del 2020 sarà inoltre avviato uno specifico progetto multiregionale finanziato da AIFA e coordinato dalla regione Veneto sulla sorveglianza delle reazioni avverse da vaccino che vedrà coinvolti, oltre alla DCS, i dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie.

Oltre a queste specifiche progettualità proseguono le attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari.

Obiettivo	Risultato atteso
-----------	------------------

<p>Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.</p>	<p>Partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA).</p> <p>- Formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV)</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Partecipazione agli incontri periodici: sì/no (presenza di almeno l'80% dei RLFV)</p> <p>Evidenza delle 16 ore/anno di formazione prevista per i RLFV: sì/no</p>
<p>Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione come stabilito dalla Convenzione in essere.</p>	<p>Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>- Partecipazione agli incontri periodici: sì/no</p> <p>- Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no.</p>

### 3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

La personalizzazione dei percorsi di cura e d'inclusione rappresenta un importante traguardo nel processo di innovazione del sistema di welfare. Si tratta di un obiettivo che va rafforzato per rendere l'offerta sempre più differenziata e flessibile rispetto ai peculiari bisogni delle persone maggiormente fragili, quali anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza.

La Regione intende quindi organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo percorsi di riforma, che si propongono di innovare e sviluppare la rete dei servizi a favore delle persone con bisogni afferenti alle aree ad elevata integrazione sociosanitaria e di rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, in conformità ai LEA sociosanitari approvati con DPCM 12 gennaio 2017.

#### 3.5.1 Non autosufficienza

Nel corso del 2019 verrà approvato il Piano Nazionale per la non autosufficienza, le Regioni a loro volta, sulla base delle indicazioni programmatiche contenute nello stesso, dovranno predisporre e adottare un Piano regionale. Le risorse del "Fondo nazionale per le non autosufficienze" assegnate nel triennio 2019- 2021 dovranno essere destinate per una quota non inferiore al 50% per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016.

Ai fini di un corretto utilizzo delle risorse e di un preciso monitoraggio sull'utilizzo delle stesse, le Aziende sanitarie rendono disponibili, secondo le indicazioni della Regione, le informazioni necessarie all'identificazione e quantificazione del numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio nel proprio territorio e che fruiscono di uno dei fondi regionali (FAP, Fondo SLA, Fondo gravissimi) per tipologia di disabilità misurata secondo le scale citate nel suddetto articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016.

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone valutate in sede di UVM sono raccolte le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre per certificare la condizione di disabilità gravissima.

#### 3.5.2 Anziani

Nel 2019 si è conclusa la fase di screening relativa alla conduzione di *un programma – intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità*, denominato **PRISMA 7** e sono stati individuati, pertanto, gli anziani potenzialmente fragili. Nel corso del 2020 tutte le Aziende garantiranno la partecipazione ai tavoli di lavoro per la definizione della seconda fase del programma di sorveglianza leggera e presa in carico anticipata e svolgeranno le attività connesse all'attività di screening rivolta alla popolazione non ancora coinvolta negli anni precedenti.

In continuità con l'anno 2019, tutte le Aziende 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 secondo le disposizioni normative vigenti (in particolare la DGR 92/2019).

Posto che l'allegato A alla DGR 92/2019 prevede che le strutture debbano segnalare al distretto territorialmente competente casi di inappropriata in seguito al mutamento delle condizioni dell'utente in senso peggiorativo, ogni Azienda adotta procedure condivise per la segnalazione dei mutamenti della condizione delle persone accolte in struttura.

Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire il progetto regionale PRISMA 7 ovvero il programma intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità	- Le AAS hanno definito i contenuti della seconda fase del <i>programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità</i> con indicato il numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi;
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	- Tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti sono valutate con lo strumento Val.Graf-FVG.

Al fine di attuare le **Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"**, tutte le Aziende provvedono ad utilizzare il budget di salute (quota sanitaria), per il finanziamento dei progetti individuali destinati alle persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo, in conformità a quanto previsto dalle DGR 1624/2019 e 1625/2019.

Per la definizione dei rapporti con gli Enti gestori per la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e i soggetti titolari delle sperimentazioni, provvedono a stipulare con essi apposite convenzioni secondo lo schema predisposto dalla Direzione centrale.

Nel 2020 le Aziende sanitarie saranno coinvolte ed impegnate nell'attuazione degli indirizzi regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di **tele-assistenza e telecontrollo** che orienta verso una maggiore "profilazione" dei servizi in relazione alle caratteristiche dell'utenza e per tipologia di bisogno (appropriatezza); un maggior utilizzo del servizio anche per finalità preventive oltre che di tutela; una gestione della presa in carico con modalità più omogenea tra i vari committenti con particolare attenzione alle modalità di accesso al servizio; lo sviluppo e di conseguenza il monitoraggio periodico di alcuni indicatori per monitorare la qualità ed i risultati della presa in carico.

Obiettivo	Risultato atteso
Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	- Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; - il budget di salute è attivato per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo
Dare attuazione alle indicazioni regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di teleassistenza e telesoccorso al fine di migliorare l'appropriatezza del servizio e la presa in carico delle persone	- Le nuove attivazioni sono autorizzate indicando il profilo di bisogno dell'utente nell'apposita modulistica o direttamente nel portale; - Gli interventi distrettuali sono definiti e modulati in relazione ai profili di bisogno e alle tipologie di allarmi significativi - I Distretti sanitari iniziano ad utilizzare il portale dedicato per la gestione ed il monitoraggio del servizio dei propri utenti ( <i>almeno il 10% delle richieste di nuove attivazioni avviene attraverso il portale</i> )

Proseguono anche nel 2020 i processi di innovazione già avviati nel 2018 e che hanno quale obiettivo il consolidamento di un importante processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza da questi fornita.

Le Aziende continuano ad attuare quanto previsto dal **processo di riclassificazione** delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento (titolo X del D.P.Reg. 144/2015), in particolare per quanto riguarda il percorso di accompagnamento delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.

In particolare, le Aziende devono completare i percorsi di rilascio delle autorizzazioni a pieno titolo per le residenze le cui autorizzazioni in deroga temporanea sono in scadenza nel 2020 (DPRReg 144/2015, Titolo X, Capo V "Procedura per la gestione delle autorizzazioni all'esercizio rilasciate in deroga temporanea").

Infine, le Aziende provvedono a effettuare le verifiche sul rispetto dei requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale posseduti da ciascuna struttura autorizzata, rispetto a quelli previsti dal livello autorizzativo rilasciato.

Obiettivo	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di riclassificazione delle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio in deroga temporanea con atto in scadenza nel 2020 è stata attuata la procedura di cui al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 con il rilascio degli atti previsti.</li> <li>- Per tutte le residenze autorizzate all'esercizio è stata verificata la conformità ai requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale previsti.</li> </ul>

Tutte le Aziende proseguono nelle **attività di verifica e approfondimento** dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2020, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

Obiettivo	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di valutazione e di sorveglianza	Sono effettuate almeno 2 interviste di audit per azienda

### 3.5.3 Disabilità

Al fine di supportare il processo di riforma del settore della disabilità, si rende indispensabile completare l'attività di **valutazione delle condizioni di vita con strumento Q-VAD** (in particolare per le problematiche di tipo sanitario), già avviata nel 2017 e proseguita nel 2018 e 2019, per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96.

In particolare, per l'anno 2020, le Aziende, anche raccordandosi con gli EEGG al fine di dotarsi di un elenco delle persone in carico, provvedono alla valutazione, per gli aspetti sanitari, di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità non ancora valutati negli anni scorsi, secondo le modalità approvate dalla Regione. Provvedono, inoltre, a contribuire alla valutazione delle persone con disabilità che accedono per la prima volta ai servizi succitati.

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le AAS hanno identificato le persone da valutare con Q-VAD;</li> <li>- Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria);</li> <li>- Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.</li> </ul>

In continuità con le precedenti indicazioni regionali, le AAS aggiornano i protocolli per la presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali, con una particolare attenzione soprattutto al problema delle **comorbidità psichiatriche** per quanto riguarda la **disabilità intellettiva**

L'Amministrazione regionale ha sostenuto con specifici atti (DGR 1462/2016 e DGR 1463/2016) l'attivazione di **servizi sperimentali** di riferimento regionale per persone con disturbi generalizzati dello sviluppo e dello spettro autistico in condizione di criticità e del Nucleo sperimentale ad alta intensità assistenziale destinato a minori con disabilità. Al fine di proseguire e sviluppare ulteriori percorsi innovativi, a seguito dell'introduzione dell'art.20 bis che modifica la LR 41/96, le AAS sostengono e co-finanziano con specifiche risorse i *trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità*, in ottemperanza a quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza, utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).

Nell'ambito dei processi di miglioramento della presa in carico integrata le Aziende Sanitarie nel corso del 2020, previa la stesura degli indirizzi procedurali regionali, saranno coinvolte ed impegnate in un'attività sperimentale finalizzata a valutare e gestire il processo di **somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica**, anche attraverso l'utilizzo e lo sviluppo degli applicativi disponibili e con risorse regionali messe a disposizione per gli interventi formativi.

Obiettivo	Risultato atteso
Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I protocolli per la presa in carico delle persone con disabilità intellettiva e comorbidità psichiatrica sono aggiornati;</li> <li>- Numero di progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati;</li> </ul>
Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nella sperimentazione è coinvolta almeno una struttura per AAS</li> <li>- Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi</li> <li>- Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi</li> </ul>

### 3.5.4 Minori

Per l'anno 2020, a tutte le Aziende viene richiesto di collaborare alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo relative ai percorsi di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali, in particolare

definendo modalità di valutazione, individuando strumenti condivisi e attuando la **valutazione integrata dei minori** in carico, producendo i profili in coerenza con quelli individuati dalle Linee di indirizzo.

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti;</li> <li>- Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo;</li> </ul>

Per l'anno 2020, a tutte le Aziende viene richiesto di collaborare alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo relative ai percorsi di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali dei minori (come previsto dalla Delibera di generalità 1229 del 29 giugno 2018) definendo **progetti di presa in carico integrata** e attraverso l'individuazione degli **interventi specifici**, maggiormente appropriati rispetto al tipo di profilo nonché collegati al budget di progetto.

Viene, inoltre, richiesto di ridurre l'inserimento dei minori nelle strutture residenziali (soprattutto fuori regione) e ridurre il tempo di permanenza all'interno delle stesse.

Obiettivo	Risultato atteso
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata</li> <li>- Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione</li> <li>- Numero di budget personal sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile</li> </ul>

### 3.5.5 Salute mentale

Al fine di dare attuazione agli obiettivi previsti dal Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta, 2018-2020, ed in prosecuzione delle attività già realizzate a tale scopo nel 2018 e 2019, con particolare riferimento all'obiettivo 7.4 relativo ai programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale", nel 2020 prosegue l'attività di **valutazione delle persone titolari di BIS** così come previsto dal relativo PTRI al fine di migliorare i percorsi di integrazione sociosanitaria.

Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire e consolidare l'attività di rivalutazione delle persone titolari di BIS	Il 65% delle persone con BIS sono (ri)valutate con lo strumento in uso

Per l'anno 2020, a tutte le Aziende viene richiesto di **umentare i progetti recovery oriented** che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività e interventi anche attraverso l'introduzione della figura dei peer support workers e il consolidamento dei rapporti con le associazioni di familiari.

Obiettivo	Risultato atteso
-----------	------------------

Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I Progetti recovery oriented con coinvolgimento di stakerholders e peer support workers sono in aumento rispetto all'anno precedente
---	--

Al fine di dare attuazione agli obiettivi previsti dal Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta, 2018-2020, e in prosecuzione delle attività già realizzate a tale scopo, nel 2020 il Tavolo Tecnico Regionale relativo alla metodologia del PTRI con BIS elaborerà le **linee guida** e proseguirà nell'attività di accompagnamento all'implementazione delle stesse.

A seguito del rilascio del nuovo sistema informativo **pointPSM** e dell'attività formativa rivolta a tutto il personale, i Dipartimenti di Salute Mentale provvederanno all'**inserimento dei dati relativi alle terapie farmacologiche** aggiornate per l'utenza in carico, attualmente non presenti in SIASI.

Obiettivo	Risultato atteso
Assicurare i debiti informativi	- I piani terapeutici sono inseriti nell'applicativo pointPSM.

### 3.5.6 Dipendenze

Nel 2020 anche il settore delle dipendenze sarà interessato dallo sviluppo e dal consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica.

In considerazione dell'evoluzione dei bisogni, risulta fondamentale il potenziamento degli strumenti di valutazione, onde consentire una valutazione integrata della persona che esiti nell'individuazione di profili di bisogno idonei, da declinarsi in sostegni adeguati, anche in relazione alle opportunità e risorse di cui la persona è portatrice. Le Aziende saranno chiamate a partecipare a un percorso formativo in merito.

Le Aziende, inoltre, daranno continuità d'intervento alla programmazione regionale di settore per quanto riguarda:

- la promozione degli spazi di confronto tra servizi e terzo settore sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento disponibili, per supportare la rete di cura rivolta a persone con problematiche alcol-correlate;

- le risposte al problema emergente del disturbo da gioco d'azzardo nella prospettiva dell'adozione del Programma regionale 2019-2020, attivando un sistema trasversale di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione della problematica delle dipendenze comportamentali, anche in collaborazione con i servizi e gli enti territoriali a ciò deputati.

Obiettivo	Risultato atteso
Proseguire l'attività di valutazione integrata	- In ogni azienda, almeno cinque operatori sono formati sulla valutazione integrata delle persone con dipendenza patologica organizzata dalla regione
Promuovere l'integrazione tra servizi ed il terzo settore per supportare la rete di cura	- Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento
Aumentare gli interventi di prevenzione nelle persone a rischio di disturbi correlati al gioco d'azzardo	- Numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.



Nel 2020 il settore delle dipendenze sarà interessato dallo sviluppo e dal consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica.

In tale prospettiva, le Aziende implementeranno percorsi assistenziali integrati che coinvolgano tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, anche mediante l'utilizzo di budget di salute dedicati, commisurati ai bisogni particolari della singola persona e modulati in relazione ai percorsi assistenziali.

Le Aziende daranno continuità d'intervento alla programmazione regionale di settore per quanto riguarda:

- l'incremento dell'offerta del testing, in coerenza con il Piano regionale prevenzione 2018 – 2019, per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali e le altre malattie sessualmente trasmissibili;
- il consolidamento e sviluppo di progetti delle Aziende sanitarie regionali per favorire la cessazione del fumo nel personale delle Aziende stesse.

Obiettivo	Risultato atteso
Sviluppo e dal consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di Budget di salute attivati;</li> <li>- Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti sul 70% delle persone testabili;</li> <li>- Almeno 1 progetto per azienda per favorire la cessazione del fumo</li> </ul>

Inoltre le Aziende daranno continuità d'intervento alla programmazione regionale di settore per quanto riguarda:

- l'invio e validazione dei dati di processo e di outcome per i flussi informativi regionali raccolti dall'Osservatorio, monitorando in modo particolare l'accesso ai servizi degli adolescenti e dei giovani (under 25 anni);
- la collaborazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con il coordinamento aziendale VHP per lo sviluppo del progetto CCM promozione della salute sui luoghi di lavoro.

Obiettivo	Risultato atteso
Miglioramento del sistema per la valutazione della presa in carico	Sono predisposti almeno 6 indicatori di processo e di esito attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio

### 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

In continuità con la programmazione degli anni precedenti, obiettivo prioritario nell'ambito dei processi di riorganizzazione sanitaria in atto è quello di consolidare e migliorare le attività finora avviate.

#### 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia

Negli ultimi 5 anni sono state costituite una serie di reti di patologia ed organizzative per disciplina che hanno trovato diverso sviluppo nel corso del tempo.

In un processo di revisione del modello finora adottato, elemento imprescindibile è la chiara definizione dei criteri per l'individuazione delle strutture che partecipano ad ogni singola rete.

I criteri fanno riferimento a due macro ordini di parametri:

la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza delle prestazioni;

la distribuzione territoriale orientata a favorire l'accesso alle cure e quindi l'equità degli interventi erogati.

Considerato l'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da malattie croniche, non autosufficienza, disabilità nonché da comportamenti a rischio per la salute, si ritiene strategico lavorare anche su Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali Funzionali ospedale-territorio che rappresentino non la patologia ma il bisogno prevalente degli assistiti rappresentati

Gli ambiti di sviluppo di Reti Cliniche e Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) diventano quindi riconducibili a due livelli di governo:

Ambito gestionale: nel quale lo sviluppo della rete è finalizzato ad uno strumento di "governance" dei processi di consultazione e programmazione, per favorire l'interazione virtuosa tra i soggetti che partecipano al network e che perseguono le finalità condivise in linea con gli indirizzi della programmazione regionale.

Ambito professionale e clinico: che prevede lo sviluppo di un modello assistenziale "patient oriented", connettendo i poli di più elevata specialità con i centri periferici che trattano le specifiche patologie per offrire percorsi di cura omogenei e di elevato valore scientifico, evitando i rischi di inappropriatezza conseguenti alla frammentazione, alla ripetizione e intempestività dell'approccio diagnostico-terapeutico e assistenziale.

A questi mandati si associano due importanti opportunità:

1. informazione/comunicazione e formazione che, attraverso lo sviluppo della rete, permette di tracciare i bisogni del cittadino e di facilitare/orientare la sua presa in carico in funzione di qualità, efficienza, efficacia e appropriatezza.
2. possibilità per le Aziende del SSR di utilizzare la Rete di patologia come strumento di promozione di audit interni dei processi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati al confronto sulle eventuali criticità in essere ed alla proposta di percorsi di miglioramento

#### MODELLO REGIONALE DI RETE DI PATOLOGIA

Obiettivi ARCS	Risultato atteso
Elaborazione ed implementazione del modello regionale di riferimento	Individuazione modello entro febbraio 2020
Organizzazione ed attivazione di iniziative formative atte alla definizione ed identificazione dei referenti aziendali per il governo clinico, che verranno coinvolti nel percorso di formazione.	Calendario attività formative predisposto entro marzo 2020

Assessment sull'assetto del sistema di governo clinico avviato dalle Aziende	Monitoraggio entro luglio 2020, Report disponibile entro settembre 2020
Revisione del modello organizzativo delle reti sulla base del nuovo assetto normativo attraverso la revisione/attivazione di due percorsi di gestione di patologia. Nel dettaglio, si procederà con la revisione del percorso del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	Documenti di revisione disponibili al 31.12.2020
- Individuazione e monitoraggio degli indicatori selezionati dal Sistema di Garanzia/PNE/Bersaglio relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	- Report indicatori marzo 2020

Obiettivi aziendali	Risultato atteso
Tutte le Aziende SSR costituiscono un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	entro marzo 2020 invio ad ARCS dell'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve-medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	- Elenco indicatori fornito da Arcs alle aziende entro marzo 2020 - Predisposizione con indicazione dei tempi di implementazione da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020

## RETE CUORE

Obiettivo	Risultato atteso
PDTA scompenso cardiaco	Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti

## RETE DIABETE

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete diabete	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro marzo 2020.

## RETE ICTUS

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete ictus	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro marzo 2020.

Aggiornamento PDTA	Revisione da parte di ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, del PDTA entro settembre 2020
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	ARCS Coordina il percorso di AUDIT. Report e piano di miglioramento recepito dalle Aziende SSR entro novembre 2020
Utilizzo in ogni Azienda, degli strumenti di screening su G2 per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, da rilevare nelle strutture identificate	Invio report di monitoraggio I° e II° semestre

## RETE MAMMELLA

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete mammella	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro giugno 2020.
Aggiornamento PDTA	Revisione da parte di ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, del PDTA entro settembre 2020
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	- Realizzazione di audit con la partecipazione e il coordinamento di ARCS, - Elaborazione report e predisposizione, con indicazione dei tempi di implementazione, da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro novembre 2020

## RETE MALATTIE REUMATICHE

Obiettivo	Risultato atteso
Farmaci biologici	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, anche nell'ambito della medicina convenzionata
Prescrizione farmaci biologici	100% delle prescrizioni di farmaci biologici avviene con l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).

## RETE ONCOLOGICA

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione coordinatore della rete	ARCS entro il 31/3/2020 individua e nomina il coordinatore regionale della rete oncologica

## MALATTIE INFETTIVE

Obiettivo	Risultato atteso
Medico malattie infettive	Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno.
Strutture di Microbiologia e virologia	Le strutture di Microbiologia e virologia (presidi ospedalieri hub) sono attivabili sulle 24H 365 die/anno.

## FEGATO

Obiettivo	Risultato atteso
Tutte le aziende adottano le Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)	Invio monitoraggio N° pazienti arruolati alla terapia DAA nel 2020 – 31.12.2020
Tutte le Aziende utilizzano i codici ICD9 nelle visite ambulatoriali ad indirizzo epatologico	Invio dati di attività epatologica (codici diagnosi) giugno e dicembre 2020

## MALATTIE RARE

Con delibera 1968 del 21 ottobre 2016 viene costituita la Rete delle malattie rare della regione FVG con centro di Coordinamento identificato in ASUIUD. La rete regionale delle malattie rare si inserisce nel contesto più ampio della rete nazionale ed opera secondo le indicazioni fornite a tale livello, anche formalizzando accordi con altre regioni, ed in accordo con La Direzione Centrale Salute. Inoltre, alcune strutture regionali selezionate dal coordinamento nazionale partecipano alla rete internazionale europea per alcune tipologie di malattia.

Il Centro per il Coordinamento Regionale per le Malattie Rare, il Registro Regionale per le Malattie Rare e la Rete Regionale per le Malattie Rare, di concerto con le Associazioni di Malattia presenti in regione, sono gli strumenti per cercare di migliorare il ritardo diagnostico, la presa in carico e la gestione terapeutica dei pazienti.

Nel 2020 si consolideranno alcune attività avviate dalla Rete con l'obiettivo di migliorare alcuni indicatori di performance.

Obiettivo	Risultato atteso
Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	Tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione sono inseriti nel registro regionale

## INCONTINENZA URINARIA

Obiettivo	Risultato atteso
Tutte le Aziende del SSR partecipano alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui all'accordo Stato-regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, predispone il PDTA entro settembre 2020

### 3.6.2. Emergenza urgenza

Per il 2020 vengono individuati gli obiettivi di seguito specificati:

#### PRONTO SOCCORSO

Obiettivo	Risultato atteso
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della 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 2018 del 50,9% negli Hub e del 62,8% negli spoke - fonte Bersaglio)
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della 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 2018 del 71,9% negli Hub e 77,0% negli spoke - fonte Bersaglio)
Percorso facilitato e protetto rivolto alle persone disabili gravi con ritardo mentale e deficit comunicativi	ARCS presenta una relazione di fattibilità entro il 30/6/2020 per l'attivazione presso i PS regionali di percorsi facilitati e protetti rivolto alle persone disabili gravi con ritardo mentale e deficit comunicativi

Il Ministero della Salute, nell'ambito del Piano Strategico sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020, stabilisce che tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere, che abbiano un Pronto Soccorso, sono tenute ad attivare un percorso per le donne che subiscono violenza, finalizzato ad una presa in carico efficace e preventiva, recependo le Linee Guida in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne che subiscono violenza di cui al DPCM 24 novembre 2017 Pubblicato sul G.U. 30/01/2018.

Elemento necessario per l'attuazione del Piano, è la formazione del personale sanitario operativo nei Pronto Soccorso, per cui il Ministero in collaborazione con l'ISS ha avviato un progetto di Implementazione di un Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso.

Si prevede l'adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD)

## EMERGENZE CARDIOLOGICHE – STEMI

Il miglioramento degli esiti dei pazienti con STEMI è fortemente legato alla tempestività e modalità di accesso all'angioplastica primaria nella fase acuta ma anche alla presa in carico e continuità di cura nella fase post dimissione.

Nel 2017 l'accesso al SSR tramite 112 nei pazienti con dolore toracico è stato molto limitato: il 27% a livello medio regionale, con valori più alti nelle aree afferenti ai centri Hub (Trieste 57%, Udine 30%, Pordenone 24%) e valori inferiori nelle aree afferenti ai centri Spoke (Tolmezzo 29%, San Vito 11%, Monfalcone 31%).

A partire dal 2018, il data set delle emodinamiche Hub fanno parte del flusso dati del SSR. E' indispensabile garantire una raccolta sistematica dei dati per garantire il monitoraggio del processo di cura.

La presa in carico in continuità assistenziale del paziente dopo sindrome coronarica acuta è fortemente raccomandata (classe IA), ma i percorsi a livello regionale non sono ancora uniformati.

Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo delle agende per i controlli e i follow-up nei pazienti con STEMI	incremento del 10% degli accessi tramite 112 ai PS Hub (PN, TS, UD) e del 20% ai PS Spoke
Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	presenza e completezza $\geq 95\%$ dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI

## EMERGENZE CARDIOLOGICHE – NSTEMI

Il percorso dei pazienti con sindrome coronarica acuta NSTEMI non è attualmente tracciabile con precisione a livello regionale in quanto le modalità di segnalazione e i tempi di attesa per l'esame coronarografico non sono deducibili dal SISR. La conoscenza di questi dati è propedeutica alla nosografia di questa patologia e alla costruzione degli indicatori di performance del sistema sanitario.

Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI

## EMERGENZE CARDIOLOGICHE – SINDROME AORTICA ACUTA

Una precisa diagnosi anatomica e condivisione del percorso terapeutico del paziente con sospetta Sindrome Aortica Acuta tra Centro Spoke e Hub di riferimento (Cardiologia, Chirurgia vascolare e Radiologia) non può prescindere da una tempestiva condivisione delle immagini radiologiche.

Obiettivo	Risultato atteso
-----------	------------------

Implementazione in tutti i presidi ospedalieri dei sistemi di teleradiologia e teleconsulto radiologico e cardiocirurgico per i pazienti con sospetta SAA	Attestazione da parte delle Aziende della messa a regime del sistema di telemedicina entro il 31 marzo 2020.
Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina $\geq 75\%$ (1 aprile- 31 dicembre 2020).

### SALA OPERATIVA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA (SOES)

Obiettivo ARCS	Risultato atteso
Corsi di formazione	- entro il 28/2/2020 sono stati svolti i corsi di formazione di Coordinatore di volo sanitario (CVS) - entro il 31/5/2020 sono stati svolti i corsi di formazione per gli operatori di ambulanza delle AT che operano anche presso la centrale.
Ricognizione e unificazione dei contratti dei mezzi di soccorso	Evidenza di una relazione sulla gestione dei mezzi e sulle convenzioni in atto entro 30/04/2020
Ambulanze BLS	- entro il 30/9/2020 in aggiunta all'assetto attuale, sono operative attivate 3 ambulanze BLS (Pordenone. Udine Trieste)
Defibrillatori	Mappatura omogenea dei defibrillatori presenti sul territorio tramite l'istruzione di una campagna straordinaria per il censimento dei defibrillatori territoriali.  Report con N. defibrillatori segnalati/presenti a seguito della campagna (al 31.12.2020).
Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	Al 31/12/2020 tutti gli operatori di centrale utilizzano il sistema dispatch per il triage telefonico
Uniformità procedure di soccorso	Sono state individuate delle procedure di soccorso da applicare con uniformità su tutto il territorio regionale
Responsabile SOES	E' individuato il responsabile della SOES entro il 29/02/2020

Obiettivo Aziendali	Risultato atteso
Articolazioni territoriali aziendali	Costituzione e attivazione, entro il 31.08.2020, delle articolazioni aziendali territoriali aziendali
Formazione Coordinatore di volo sanitario	Il 100% dei coordinatori di volo sanitario (CVS) aziendali partecipa ai percorsi formativi per le attività della centrale.



Formazione degli operatori di ambulanza	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo delle AT che operano anche presso la Centrale.
Programmazione turni attività SORES	Il 100% degli operatori formati addetti alle attività di Elisoccorso e SORES partecipa alla programmazione dei turni di attività della Centrale Operativa e dell'Elisoccorso
Formazione degli operatori di ambulanza delle AT che operano anche presso la Centrale.	Entro il 30 marzo ogni AT deve inviare almeno 3 infermieri al percorso formativo
Garantire la disponibilità e presenza in Centrale del personale delle AT	Evidenza sui turni di attività della CO della presenza di operatori delle AT: - dal 1 maggio presenza di 1 operatore sulle 12 ore; - dal 1 luglio presenza di 1 operatore sulle 24 ore.
Assicurare la dotazione dei mezzi previsti per l'emergenza urgenza	Le aziende attivano tutti i mezzi previsti (riferimento alla DGR 2039/2015 e verbali Dipartimenti intraziendali).

### 3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera

Nel 2020 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. Le aziende programmano le attività, sulla base della *mission* istituzionale assegnata, diminuendo le prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando quelle appropriate e più necessarie. In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione	contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille
Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del <i>day service</i> , portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica;
Ricoveri medici oltre soglia	riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).
Controlli di appropriatezza	Le aziende proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei

	controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale
--	---

In continuità con gli anni precedenti, sono inoltre monitorati gli indicatori di seguito riportati

### INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco	Mantenimento / Miglioramento del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni azienda sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2017 di 173,8 – fonte Bersaglio)

### PANCREAS

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso amputazioni maggiori per diabete	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le aziende al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2018 di 31,5 x milione – fonte Bersaglio).

### POLMONE

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione per BPCO	Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le aziende AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2018 del 58,3 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).

### TRAUMA

Obiettivo	Risultato atteso
Frattura di femore	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2017 del 70,7% - fonte PNE).

### RENE

Obiettivo	Risultato atteso
Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto

	del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2018 del 53,41%)
--	--

### 3.6.4. Trapianto e donazione

Con accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 16/CSR del 24 gennaio 2018), è stato approvato il documento recante "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate". Il Centro regionale trapianti deve tenere evidenza documentale, per ogni programma trapianto di:

- Responsabile programma trapianto;
- Responsabile équipe chirurgica;
- Responsabile clinico della gestione pre e post e follow up;
- Responsabile gestione liste d'attesa;
- Volumi minimi di attività;
- Standard di qualità.

Obiettivo	Risultato atteso
Accordo stato regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto	ASU FC da attuazione all'accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto con la definizione della responsabilità dei programmi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuore;</li> <li>- Fegato;</li> <li>- Rene</li> </ul>

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 2533/2014 e 1539/2015 sono state attivate le filiere Fegato e Rene, Cuore, mentre sono ancora da formalizzare l'avvio della filiera Polmone.

Partendo da contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2020 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

### CUORE

Il PDTA regionale sul trapianto cardiaco ha tra le altre funzioni il fine di condividere tra CRT e Cardiologie le conoscenze e le competenze nel percorso di inserimento e di follow-up del paziente cardiotrapiantato, definendo le funzioni clinico organizzative che devono essere garantite ai vari livelli.

Obiettivo	Risultato atteso
Trapianto cardiaco Coinvolgimento del <i>case manager</i> clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) ai meeting presso il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidabilità al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CRT per condividere il follow-up dei pazienti

	<p>successivo al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati.</p> <p>Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting</p>
Trapianto cardiaco	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del PDTA regionale sul trapianto cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali
Percorsi assistenziali a valenza regionale	Attivazione dei 2 percorsi assistenziali a valenza regionale VAD e ECMO e attivazione registro con monitoraggio semestrale dei decessi in ECMO
Utilizzo presso Centro trapianti	Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni)
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale
Donatore Cuore Fermo (DCD)	Recepimento percorso DCD e collaborazione al percorso di Formazione inerente il DCD

## FEGATO

Obiettivo	Risultato atteso
Percorsi assistenziali a valenza regionale	Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati
Adeguamento strutturale Centro trapianti	Completamento dell'Adeguamento strutturale ed organizzativo del centro trapianti alle prescrizioni del Centro Nazionale Trapianti
Iscrizione Centro trapianto	Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, con incremento di almeno il 10% rispetto ai pazienti nell'anno 2019.
Utilizzo presso Centro trapianti	Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale
Iscrizione in lista presso il Centro Trapiant fegato regionale	Evidenza di segnalazione da parte delle Aziende

## POLMONE

Obiettivo	Risultato atteso
-----------	------------------

Percorsi assistenziali a valenza regionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.</li> <li>- Avvio del PDTA Trapianto di Polmone</li> </ul>
--	--

## RENE

Nel corso del 2016 sono stati approvati il "Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" (decreto 133/2016) e il "Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQIKDIGO" (decreto n. 799/2016). Per il 2020 si prevede:

Obiettivo	Risultato atteso
Rete trapiantologica renale	Ciascuna azienda individua e mette a disposizione almeno un professionista per la definizione di strumenti operativi per la rete trapiantologica renale regionale
Trapianti di rene	Potenziamento del programma Trapianti di rene con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- incremento di almeno il 10% dei pazienti inseriti in lista di attesa di trapianto con criteri non standard</li> <li>- incremento di almeno il 10% dei pazienti inseriti in lista di attesa di trapianto doppio con criteri allargati (ex marginali)</li> </ul>
Potenziamento del programma Trapianti di rene	a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso come richiesto in sede di Commissione Regionale)
Tempi di iscrizione in lista	Monitoraggio semestrale dei Tempi di iscrizione in lista a cura del referente del programma di trapianto in sede di commissione regionale
Riattivazione programma di DKT	Evidenza dell'iscrizione in lista per i nuovi iscritti di età >55 aa. in almeno il 55%
Incremento trapianti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incremento 5% casi di trapianto a parità di donazioni</li> <li>- incremento 10% trapianto da vivente</li> </ul>
Iscrizione in lista d'attesa presso un centro trapianti extra-regione di pazienti residenti in FVG	Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale

## TESSUTI OCULARI

Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione fabbisogno	Il CRT valutazione fabbisogno di trapianti di cornea in Regione
Il CRT effettua il monitoraggio delle iscrizioni in lista fuori regione con periodicità trimestrale	Il CRT effettua il monitoraggio dei trapianti di cornea effettuati presso strutture extra regione

Per quanto attiene le donazioni di organo, nel corso del 2020 la Regione dovrà provvedere al Recepimento del Documento della Conferenza Stato Regioni rep. Atti 225 del 14 Dic. 2017 avete come oggetto il "Programma nazionale donazione di organi 2018-2020".

In base all'Accordo di Conferenza Stato Regioni "Programma nazionale donazione di organi 2018-2020" (rep. Atti 225 del 14 Dic. 2017), ogni Presidio Ospedaliero viene dotato di un Coordinamento Locale composto da un Coordinatore e da un Gruppo di Coordinamento formato da Medici e Infermieri Esperti nel Procurement, funzionalmente collegato alla DMO volto a sviluppare i programmi :

- A. Donazione Organi
- B. Donazione di Cornee
- C. Donazione di Tessuti non oculari (HBD,NHBD e da vivente)
- D. Dichiarazioni di Volontà
- E. Informazione-divulgazione (es. Ti Voglio Donare nelle Scuole)
- F. Trapianto di .....(ove presente)

Nel 2020 presso le tre costituenti Aziende:

- Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO),
- Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI) e
- Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC)

è istituito il Coordinamento Locale guidato dal Coordinatore di Area che garantisce il collegamento con il Centro Regionale Trapianti e l'omogeneità della Rete Regionale Trapianti. I Coordinamenti Ospedalieri afferiscono al Coordinamento Aziendale di AS FO, ASU FC e ASU GI; quelli dei 2 IRCCS afferiscono ai CAV di TS e PN.

Obiettivo	Risultato atteso
1. confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	1. Delta tra registro decessi con lesione cerebrale acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM.
2. Formalizzazione protocollo per prelievo d'organi	2. ASU GI e ASU FC recepiscono formalmente e applicano il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criterio cardiologici DCD (donatore cuore fermo)
3. Corsi di formazione	3. ASU GI e ASU FC realizzano dei corsi di formazione inerenti il percorso del donatore DCD (donatore cuore fermo)
4. Implementazione protocollo per prelievo d'organi	4. ASU GI e ASU FC implementano il protocollo per prelievo d'organi da paziente ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana)

5. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	5.a. Proc. 1 donatori effettivi (*)/decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 16-25%) 5.b. Proc. 2 potenziali donatori (AMC=donatori utilizzati+opposizioni+procurati)/ decessi per lesione cerebrale acuta (buono > 21-40%) (*) per gli Ospedali dove non si effettua l'Accertamento di Morte Cerebrale (AMC) vanno conteggiate le centralizzazioni.
6. Avvio del programma di procurement di organi in almeno un ospedale di rete	Il Centro regionale trapianti: - conclude il percorsi di avvio al programma di procurement di organi presso l'ospedale di Tolmezzo; - supporta, qualora richiesto, il percorso di avvio del programma di procurement presso altri ospedali di rete

## DONAZIONE TESSUTI

Obiettivo	Risultato atteso
Donazioni cornee	Presso ciascuna azienda devono essere almeno pari al 3% dei decessi
Donazione multitessuto	Nelle aziende ove non presente realizzare un progetto di fattibilità sull'estensione del programma di donazione multitessuto
Donazione da vivente	ASU GI e ASU FC aggiornano i protocolli per la donazione di opercoli
Atti aziendali	Prevedere all'interno degli atti aziendali obiettivi di donazione e/o di revisione dei protocolli operativi

### 3.6.5. Percorso nascita

Nel corso del 2020 continueranno i lavori del Comitato percorso nascita regionale sul monitoraggio dell'attuazione delle 10 linee di Azione mirate al miglioramento della qualità degli interventi assistenziali nel percorso nascita, previste dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, recepito con DGR 1083/2012 e annualmente monitorate a livello nazionale dal Comitato percorso nascita del Ministero della Salute.

Le Aziende, per il tramite dei loro rappresentanti aziendali, partecipano alle attività del Comitato percorso nascita regionale, contribuiscono a definire gli interventi prioritari per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza del percorso nascita a livello regionale e adottano e declinano le azioni di miglioramento a livello locale.

Le Aziende nel corso del 2020:

- promuovono, in continuità con le attività formative svolte nell'anno precedente, programmi formativi rivolti alle ostetriche che a livello aziendale seguono le gravidanze a basso rischio;
- perseguono obiettivi di formazione continua teorico-pratica rivolta agli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze ed abilità tecniche e non, e ai professionisti che operano nell'ambito dello Servizio di Trasporto assistito materno. I Punti nascita di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione sulle emergenze-urgenze in sala parto e sulla rianimazione neonatale;

- organizzano programmi formativi per i professionisti che seguono i percorsi di screening e diagnosi prenatale.

Obiettivo	Risultato atteso
Comitato percorso nascita regionale	Le Aziende adottano le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite.
Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS	- Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: $\leq 15\%$ - Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: $\leq 25\%$
GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO Corso di formazione ostetriche	Le aziende entro il 30/9/2020 realizzano i programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.
SIMULAZIONE AVANZATA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZE OSTETRICHE Corso di formazione per promuovere e migliorare la qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche	ASUFC e Burlo: - entro il 30/9/2020 ciascun ente realizza almeno 2 edizioni del primo modulo del corso di formazione; - entro il 31/12/2020 ciascun ente realizza almeno 2 edizioni del secondo modulo del corso di formazione.
RIANIMAZIONE NEONATALE Corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre – termine.	ASUFC e Burlo: - entro il 31/12/2020 ciascun ente realizza almeno due edizioni
SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE Corso di formazione professionisti	ASUFC, ASUFO e Burlo, anche congiuntamente, entro il 31/12/2020 realizzano almeno 1 evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attività di screening e diagnosi prenatale

### 3.6.6 Pediatria

Con riferimento all'attivazione della rete pediatrica regionale con DGR 730/2018 ed alla governance della rete stessa, nel corso del 2019 sono state avviate alcune attività, nel rispetto della programmazione regionale, mentre per altre risultano ancora necessari momenti di approfondimento e analisi. . Nel 2020, quindi, in seguito all'attuazione della riforma del Sistema Sanitario Regionale, si rende necessaria una revisione della governance e dei percorsi definiti nella DGR 730/2018, in linea con quanto previsto dal percorso di riorganizzazione istituzionale in atto.

Tali attività si inseriscono in un contesto di profondi cambiamenti demografici caratterizzati da una contrazione delle nascite, dal miglioramento dello stato di salute dei bambini con l'emergenza di problematiche nuove legate prevalentemente agli stili di vita, all'incremento del disagio psichico, di patologie croniche, disabilità e malattie complesse. Si assiste inoltre ad una deospedalizzazione delle cure pediatriche per patologie a bassa complessità gestite nell'ambito dell'assistenza primaria e a un aumento della complessità delle patologie che richiedono una



presa in carico ospedaliera. È necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza delle cure.

Nell'ambito della salute mentale in età evolutiva, la Direzione centrale salute assicura il coordinamento delle strutture coinvolte al fine di dare attuazione ai contenuti del Piano della Salute Mentale. Per quanto attiene le Cure palliative si rimanda al par. 3.3.7. Le aziende nel 2020 continuano a promuovere le attività formative relative ai tempi specifici della pediatria.

In particolare, per il 2020, dovranno essere perfezionati i seguenti obiettivi:

Obiettivo	Risultato atteso
Area emergenza-urgenza	Entro il 30/4/2020 dovrà essere formalizzato da parte della DCS il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza. - Entro il 30/8/2020 le Aziende implementano nella propria organizzazione il documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza - le Aziende presentano un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenzia l'aderenza al documento regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
<i>Tele-refertazione</i>	entro il 30/6/2020 le aziende dovranno implementare l'operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.
<i>Farmaci galenici pediatrici</i>	L'IRCCS Burlo Garofolo, l'ASUGI condividono i principi di un modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici. Sulla base degli esiti di tale accordo, il modello potrà essere esteso alle altre realtà regionali nel corso del 2020.
<i>Carta dei Servizi pediatrici</i>	<i>Entro il 31/12/2020 dovrà essere approvata, con la collaborazione di tutte le aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.</i>

### 3.6.7. Sangue ed emocomponenti

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

- Accreditamento dei servizi trasfusionali regionali (a scadenza biennale)
- Piano annuale di produzione, concordato tra il Coordinamento Trasfusionale Regionale e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, finalizzato a:
  - o 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 al Nuovo Accordo Interregionale Plasma (valore soglia 27.000 Kg), con adeguamento della

- produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione;
  - mantenimento della quota di compensazione interregionale (emocomponenti ed emoderivati) concordata con la pianificazione nazionale (Centro Nazionale Sangue) e interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma).
- Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. In particolare:
  - monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (adeguati alle prescrizioni della DGR 893/2018) con il fine di ricondurre i consumi pro capite della Regione Friuli Venezia Giulia al livello della media nazionale e dei valori raccomandati dalla letteratura internazionale:
    - emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati;
    - farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno;
  - implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.

Nell'ambito della revisione della rete aziendale regionale, nel corso del 2020 la DCS ridefinirà le modalità per 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. Ridefinirà anche, in accordo con gli Enti del SSR, le regole per il finanziamento della funzione trasfusionale e per la compensazione economica delle attività e dei prodotti del sistema trasfusionale regionale (Progettualità che necessita di una successiva revisione dettata dalla revisione organizzativa / normativa in atto)

### 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

Nel corso del 2020 si prevede la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:

- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale
- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione attraverso la survey regionale
- partecipazione dei RAP agli incontri attinenti i programmi specifici
- monitoraggio indicatori semestrali
- identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
- pubblicazione sul proprio sito internet, dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM.

Proseguimento dei programmi di:

- "Antimicrobial stewardship", in particolare:
  - revisione dei documenti di indirizzo terapeutico secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM
  - diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT
  - monitoraggio degli indicatori delle "Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali" secondo le indicazioni del tavolo regionale dei RM
  - identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT
- Prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare:

- diffusione dei dati relativi alla PPS 2019
  - partecipazione alla revisione e alla messa a regime del documento sui microrganismi alert
  - diffusione dei dati relativi alla sorveglianza sulla ISC 2019
  - ripetizione della sorveglianza di incidenza sulle ISC e sui comportamenti nel BO
  - monitoraggio applicazione bundle
- Sicurezza del farmaco, in particolare:
- prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
  - prosecuzione del programma per la riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo secondo le indicazioni del tavolo regionale RM
  - identificazione di un referente MMG (link professional) per AFT
- Violenza a danno degli operatori: secondo le indicazioni del tavolo regionale RM

Obiettivo	Risultato atteso
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web di tutte le Aziende del SSR dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	Tutte le Aziende del SSR hanno compilato il questionario per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
Buone pratiche	Tutte le Aziende del SSR hanno inserito una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Indicatori semestrali di valutazione	Tutte le Aziende del SSR hanno inviato i 2 moduli di valutazione degli indicatori semestrali
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati

### 3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH

Nel 2018 la rete HPH è stata ristrutturata dal punto di vista organizzativo; con decreto della DCS n. 1100 del 31 luglio 2018 è stato adottato il regolamento che definisce le funzioni dei comitati (regionale e locali), del coordinatore regionale, dei coordinatori locali e dei link professional. Le aziende hanno nominato i propri coordinatori locali ed è stato rilanciato il lavoro del comitato di coordinamento HPH regionale. La rete HPH prevede il coinvolgimento di tutti i 3 livelli di assistenza dell'intero settore sanitario.

Nel 2019 si è passati alla fase operativa, che ha tradotto in pratica i valori e principi presenti nei documenti di riferimento che riguardano la promozione della salute di pazienti operatori e cittadini. Il fine perseguito è stato quello di integrare e rendere stabile nel tempo la pianificazione dei percorsi di promozione della salute secondo logiche di qualità, intersettorialità, multidisciplinarietà e valutazione di processo e risultato. Sono stati realizzati percorsi formativi per consolidare le azioni rivolte al benessere degli operatori attraverso percorsi di aggiornamento specifico rivolti a medici competenti e psicologi. Si sono condivisi modelli di intervento per la gestione del benessere psico fisico alla luce delle più recenti evidenze scientifiche.

Nel corso del 2020 si prevede la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:

- diffusione delle raccomandazioni e delle strategie internazionali, messa a regime di nuove raccomandazioni e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture assistenziali in rete;
- aggiornamento del sito internet della rete HPH regionale;
- integrazione delle linee di lavoro dedicate al benessere degli operatori sui tre livelli ( management, organizzativo, individuale)
- conferma e integrazione dei livelli organizzativi HPH in base ai nuovi assetti aziendali (Comitati, Gruppi, Link Professional).

Obiettivo	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH sul tema Benessere sul posto di lavoro (Decreto DCS n. 1100 del 31.7.2018) in grado di rappresentare e far convergere in una strategia integrata le indicazioni normative, l'analisi dei bisogni in base alle indagini di clima organizzativo e alle autovalutazioni, per avviare azioni efficaci basate sull'evidenza.</li> <li>2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sul benessere sul luogo di lavoro entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende;</li> <li>3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "Benessere sul posto di lavoro" nelle aziende aderenti alla rete HPH.</li> <li>4. formazione specifica su stili di vita e stress cronico da parte degli operatori che hanno concluso il ciclo 2019, al fine di aggiornare in itinere la rete HPH e il gruppo "Benessere sul posto di lavoro"</li> </ol>
Programma dedicato ai Pazienti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH- Patient Engagement (Decreto DCS n. 1100 del 31/7/2018) per implementare gli strumenti della "clinical health promotion".</li> <li>2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sulla "clinical health promotion" entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende</li> <li>3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "clinical health promotion"</li> <li>4. entro il 31/2/2020 ciascuna azienda realizza un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli</li> </ol>

	inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP)
Programma dedicato ai Cittadini	Ciascuna azienda presenta al comitato HPH entro il 31/12/2020 l'elenco delle associazioni (di volontariato, patologie croniche, di cittadini coinvolti nei percorsi di cura) presenti nel proprio territorio

## 3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

### 3.7.1. Tempi di attesa

A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (Pngla) per gli anni 2018/2020, di cui alla DGR 1815/2019, le Aziende sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2020 le azioni previste sono le seguenti:

Obiettivo	Risultato atteso
Prestazioni monitorate	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019.</li><li>- Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale: Trattamento intravitreale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate (cod. 1479) Visita algologica Radioterapia</li></ul>
Monitoraggio tempi di attesa Aziende del SSR	Le aziende sono tenute a partecipare ed effettuare i monitoraggi regionali e nazionali dei tempi di attesa secondo le modalità, le tempistiche e le prestazioni individuate.
Monitoraggio regionali tempi di attesa ARCS	ARCS nel 2020 effettua per conto della Direzione salute i seguenti monitoraggi sui tempi di attesa Prestazioni ambulatoriali: <ul style="list-style-type: none"><li>- monitoraggio mensile: invio entro la fine del mese successivo a quello riferimento;</li><li>- monitoraggio semestrale: invio entro la fine del mese successivo al semestre di riferimento;</li><li>- monitoraggio annuale: invio entro la fine del mese successivo all'anno di riferimento.</li></ul> Interventi chirurgici: <ul style="list-style-type: none"><li>- monitoraggio semestrale: invio entro la fine del mese successivo del semestre SDO di riferimento.</li></ul> Libera professione <ul style="list-style-type: none"><li>- predisposizione di un sistema di monitoraggio entro il 30/6 e invio di due report trimestrali relativi ai monitoraggi effettuati (luglio-settembre e ottobre-dicembre)</li></ul>

<p>Monitoraggi nazionali tempi di attesa ARCS</p>	<p>ARCS nel 2020 adegua i sistemi informativi secondo le disposizioni della DGR 1815/2019 e partecipa a tutti i monitoraggi richiesti dalle amministrazioni centrali inviando un report semestrale alla Direzione centrale salute sull'attività svolta</p>
<p>Agente di prenotazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta;</li> <li>- tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di libera professione intramoenia devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale</li> </ul>
<p>Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali</p>	<p>Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno 90% per la priorità B;</li> <li>- almeno 90% per la priorità D;</li> <li>- almeno 90% per la priorità P.</li> </ul>
<p>Garanzia erogativa interventi chirurgici</p>	<p>Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% secondo i codici assegnati (A, B, C e D).</p>
<p>Programmi attuativi aziendali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entro 60 gg dall'Approvazione del Piano Regionale AS FO, Burlo e Cro approvano / aggiornano un nuovo Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa</li> <li>- AS FC e AS GI in quanto oggetto di riorganizzazione adottano il proprio Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa entro il 28/2/2020</li> </ul>
<p>Clausola valutativa</p>	<p>Arcs presenta entro il 15/2/2020 alla Direzione centrale una relazione che illustra l'andamento dei tempi di attesa. La relazione deve contenere risposte documentate ai seguenti quesiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) in che misura, e rispetto a quali prestazioni, le aziende hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini;</li> <li>b) quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali sono gli esiti di tali provvedimenti;</li> <li>c) quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi;</li> </ul>

	d) qual è stato l'andamento dei tempi di attesa nel corso del 2019 e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema di prenotazione.
--	--

Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNNLL 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 stanziato, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009. Le aziende sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.

Nel corso del 2020 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.

### 3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

Si conferma la necessità che le organizzazioni favoriscano le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari, a maggior ragione se tali innovazioni possono produrre semplificazione organizzativa con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema, pur in presenza di un costo maggiore della terapia, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti.

### 3.7.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

I pazienti, in qualità di *stakeholder* svolgono un ruolo chiave nella valutazione dei servizi sanitari e la loro partecipazione in maniera strutturata e metodologicamente corretta diventa uno strumento essenziale nella pianificazione e valutazione della qualità delle cure.

In questo ambito valutativo, centrato sulla prospettiva del paziente, si stanno verificando significative evoluzioni; dopo le prime esperienze di misurazione dei "livelli di gradimento" o di percezione dei livelli di salute si sono sviluppate nuove metodologie centrate sulla valutazione dell'esperienza e degli esiti clinici prime fra tutte le procedure PROMs (Patient-reported outcome measures) and PREMs (patient-reported experience measures).

Vengono confermate anche per il 2020 le progettualità intraprese negli scorsi anni, mirate a migliorare le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero. Nel corso dell'anno inoltre l'ARCS con la collaborazione delle aziende procederà alla valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e alla valutazione PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi.

Obiettivo	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	Le aziende dovranno presentare entro il 31/12/2020 una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).</li> <li>- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che necessitano di un supporto</li> </ul>



	<p>per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs).</li> <li>- Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</li> </ul>
<p>Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Aziende raccolgono i consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni</li> <li>- ARCS organizza coordina la realizzazione delle due valutazioni</li> <li>- report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.</li> </ul>

## 3.8 FLUSSI INFORMATIVI

### 3.8.1. Rapporti con amministrazioni centrali

Obiettivo	Risultato atteso
Flussi informativi verso amministrazione centrali	ARCS presenta semestralmente per ciascuno dei flussi inviati presso le amministrazioni centrali un rendiconto nel quale sono presenti: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Codice flusso;</li><li>2. Descrizione flusso;</li><li>3. Tempistiche di rilevazione (es. annuale, mensile, trimestrale);</li><li>4. Termini di invio;</li><li>5. Ente inviante;</li><li>6. Ente validante;</li><li>7. Strutture invianti attese (es. 5 aziende territoriali);</li><li>8. Strutture invianti entro la scadenza;</li><li>9. Totale record trasmessi al Ministero (o altro ente es. Agenas);</li><li>10. % di scarti dal Ministero (o altro ente es. Agenas);</li><li>11. % copertura obbligo informativo;</li><li>12. criticità riscontrate.</li><li>13. ogni altra eventuale informazione utile ai fini informativi.</li></ol>

### 3.8.2. Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano lo 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 e Parlamento ed altri ) ai fini delle varie attività ministeriali. Le aziende sono pertanto impegnate nel costante processo di miglioramento della qualità dei dati in esse contenuti e nelle attività di attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento dell'ARCS . Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (Programma Nazionale Esiti)."

## 4. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il SISSR (Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale) della RAFVG è un sistema ad elevata complessità funzionale e strutturale, posto a servizio della gestione e a supporto del governo di tutte le Aziende Sanitarie, degli IRCSS, della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e dell'ARCS. Molti servizi hanno inoltre come fruitori i medici convenzionati, le Case di Cura Private Convenzionate, le Case di Riposo, gli Ambiti socio assistenziali.

Il SISSR è un sistema unico, ampiamente diffuso per buona parte delle applicazioni, che riunisce soluzioni gestionali multiutenza connesse ed integrate tra loro - dell'area clinica, territoriale, amministrativa e direzionale - mediante la condivisione dei database e la razionalizzazione e automazione dei processi e che rappresenta un valore grazie anche all'organizzazione del dato. Infatti, oltre a costituire il principale supporto a livello operativo gestionale, è la fonte informativa più consistente a livello aziendale e regionale per il governo del Sistema Sanitario Regionale.

Ai sensi della legge regionale 14 luglio 2011, n. 9 (Disciplina del sistema informativo integrato regionale del Friuli Venezia Giulia), la Regione Friuli Venezia Giulia promuove lo sviluppo, la diffusione e l'utilizzo integrato delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) nelle pubbliche amministrazioni. Le disposizioni della citata LR n. 9/2011 prevedono, inoltre, che le attività relative allo sviluppo e alla gestione delle infrastrutture di telecomunicazione e del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale siano svolte per il tramite di Insiel Spa.

La Legge n.27 del 17 dicembre 2018 relativa a "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale", oltre a modificare i confini delle aziende sanitarie, ridisegna l'intero assetto istituzionale e organizzativo del SSR a partire dal 1.1.2020. Per questo motivo l'anno 2020 impegnerà un numero elevato di risorse (sia economiche che umane) per la revisione e riorganizzazione dei processi e delle banche dati che sottendono ai sistemi informatici in uso presso le aziende. Ci sarà un lavoro importante anche per quanto riguarda la revisione dell'infrastruttura informatica, sia per la parte di avviamento dei nuovi domini, sia per la parte dell'accorpamento, scorporo delle reti, tenendo conto delle normative relative alla sicurezza informatica e al tema della privacy, con riferimento rispettivamente alle "misure adeguate della sicurezza" ed al nuovo regolamento europeo EU 679/2016 sulla protezione dei dati personali. Quest'ultimo punto ci costringe a completare l'adeguamento dei sistemi per non incorrere a situazioni di violazione della normativa.

L'attività di rinnovamento dei sistemi amministrativi ormai obsoleti e non rispondenti alle necessità normative nazionali continuerà anche nell'anno 2020, con l'avvio del nuovo sistema del personale e l'acquisizione del sistema economico patrimoniale e dell'economato.

Si inizierà il percorso di rinnovamento anche dei sistemi sanitari e territoriali, alcuni già avviati nell'anno 2019 e che vedranno il completamento nell'anno in corso.

È importante che tutte le aziende del SSR collaborino attivamente all'implementazione dei sistemi distribuiti sul territorio per consentire alla Direzione di avere una banca dati omogenea, corretta e validata che possa alimentare tutti i flussi regionali e nazionali in maniera sistematica.

### 4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI

#### 4.1.1 Sistema informativo dei distretti

Nel corso dell'anno 2020 è prevista l'attivazione del sistema informatico dei distretti volto a supportare l'assistenza territoriale. L'area oggetto dell'informatizzazione è molto ampia ed è attualmente in buona parte priva di sistemi informatici. È dunque importante mettere a punto il sistema nella sede pilota per facilitare successivamente l'avviamento su tutto il territorio regionale. All'attivazione delle sedi pilota devono partecipare tutte le aziende per creare condizioni ottimali di diffusione su tutto il territorio regionale. Chi partecipa deve riportare le esperienze della propria azienda al fine di arricchire con contenuti la configurazione e la messa a punto del sistema.

Obiettivo	Risultato atteso
Sede Pilota: Partecipare all'analisi dei processi per area (Servizio Riabilitativo, Punto Unico di Accesso ecc.) con predisposizione degli elaborati di supporto alla definizione dei processi e dei contenuti	100% degli elaborati entro il 31/05/2020
Sede Pilota: contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% degli elaborati entro il 31/05/2020
Attivare il sistema in accordo con le indicazioni di DCS/ARCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Attivazione sistema presso l'azienda pilota entro il 31/12/2020

#### 4.1.2 Sistema informativo contabile e economato

I sistemi informativi della Gestione Economico Finanziaria e Economato dovranno essere avviati a partire dal 2021; per questo motivo l'anno in corso vedrà la predisposizione del capitolato tenendo conto dell'analisi dei fabbisogni predisposta nell'anno 2019 e dei vincoli di certificazione del bilancio, per consentire di avviare una gara quanto prima. Si prevede di intraprendere un percorso di condivisione con le aziende per approcciare una valutazione di implementazione. Per affrontare questa impegnativa iniziativa di trasformazione in maniera strutturata saranno individuati dei siti pilota che testeranno i sistemi acquisiti.

Obiettivo	Risultato atteso
Sede Pilota: contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% elaborati entro il 30/6/2020
Sede pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31/10/2020
Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2020

#### 4.1.3 Sistema informativo del personale

La piattaforma per la Gestione delle Risorse Umane, le cui specifiche sono state definite nel corso dell'anno 2019, verrà attivata, compatibilmente con i risultati della gara in essere, nei primi mesi dell'anno 2020. Per renderla operativa è necessario individuare una serie di passi propedeutici alla configurazione, test e avviamento presso tutte le aziende sanitarie.

Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende devono rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	Avviamento del sistema in tutte le aziende entro il 30/6/2020

#### 4.1.4 Cartella clinica ospedaliera

Per quanto riguarda la Cartella clinica ospedaliera si prevede di predisporre un capitolato tecnico per poter procedere con la gara. La sinergia con tutte le aziende dovrà essere perseguita. Nelle more dell'analisi dei requisiti si procede con la configurazione e l'avviamento del nuovo sistema informatico della cartella specialistica dell'oncologia, comprensiva dell'UFA

Si ricorda che sono già state sospese tutte le iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali.

Obiettivo	Risultato atteso
Avviamento cartella oncologica comprensiva della Unità Farmacologica antiblastica	La cartella è operativa presso: - CRO entro il 31/3/2020; - ASUFC entro il 30/6/2020
Predisposizione capitolato cartella clinica	- nomina referenti gruppo di lavoro entro il 31/1/2020; - validazione capitolato entro il 30/7/2020

## 4.2. DIGITALIZZAZIONE

### 4.2.1 Ricetta dematerializzata

L'utilizzo della ricetta dematerializzata deve essere estesa a tutti i medici prescrittori su tutto il territorio regionale, siano essi Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale.

Obiettivo	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2020

### 4.2.2 Firma digitale

Con l'introduzione e la pubblicazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per consentire l'alimentazione corretta del repository, tutti i referti relativi alle prestazioni del SSR devono essere firmati digitalmente. La firma digitale deve essere completata in tutti i reparti e presso tutte le specialità.

Obiettivo	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione, verbali pronto soccorso	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Verbali pronto soccorso 98%

### 4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico

Nel corso dell'anno 2019 sono stati attivati circa 1.000.000 di Fascicoli Sanitari Elettronici (FSE); le informazioni sono visibili ai cittadini e agli operatori del sistema sanitario. È necessario attivare un percorso di formazione per sensibilizzare i professionisti all'uso dello strumento.

Obiettivo	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	Almeno 10 corsi realizzati a livello aziendale di cui: - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

#### 4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI

Al fine di rendere il SISR unico ed integrato, tenendo conto anche della sostituzione di strumenti obsoleti, è necessario individuare delle regole (linee guida) per definire quali sistemi informatici presenti nelle aziende sanitarie devono essere integrati con gli "asset" della Sanità regionale (Anagrafe unica regionale, CUP, ADT, Order Entry, Sistema Centrale, Repository documentale...). Il documento delle linee guida verrà redatto dalla Regione entro il 31.3.2020. Successivamente al ricevimento del documento aziendale verrà stilato un elenco dei sistemi integrabili secondo delle priorità definite.

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/5/2020

#### 4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

La fine del supporto a Windows 7 (W7), annunciato da Microsoft per l'inizio del 2020 (14 gennaio), rende necessario fare un censimento dei pc in versione W7 e definire quali devono essere aggiornati a Windows 10 e quali devono essere sostituiti dando priorità alle strutture che saranno interessate dal rinnovamento dei sistemi. È opportuno cogliere l'occasione del censimento dei pc per estendere l'analisi e fornire elementi per il Piano degli Investimenti indicando in particolare gli aggiornamenti e/o sostituzioni di apparecchiature per rispettare le indicazioni ABSC (AGID Basic Security Control) e i requisiti della Busyness Continuity.

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

#### 4.5 PRIVACY IN SANITA'

Il Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), applicabile nel nostro ordinamento dal 25 maggio 2018, ha trasformato l'ordinamento privacy italiano, dedicando particolare attenzione al trattamento dei dati in ambito sanitario che costituisce uno dei contesti più delicati in ragione della natura particolare dei dati che attengono allo stato di salute degli interessati; dati rispetto ai quali la legge garantisce i più alti livelli di protezione in quanto l'aspettativa di riservatezza e confidenzialità è, tradizionalmente, molto elevata.

Ad oggi il quadro normativo della materia è composto, oltre che dalla disciplina europea dettata dal GDPR, anche dal nuovo Codice Privacy, così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018 che adegua il nostro ordinamento al pacchetto europeo di protezione dati.

E' consolidato il concetto che in sanità l'attuazione del regolamento sia assolutamente fondamentale per la corretta gestione del dato particolare ed è quindi importante prevedere delle attività di verifica da parte delle aziende, in questo momento in cui la condivisione del dato tra i diversi titolari risulta necessario per la miglior cura del paziente. Si prevede quindi un'analisi approfondita delle carenze/criticità del sistema.

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Predisporre un documento

#### 4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Le Aziende del SSR perseguono la messa a regime dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS aziendali già avviato e in gran parte concluso nel corso del 2019.

Al riguardo ARCS, nel suo ruolo di coordinamento della linea di attività e dei diversi soggetti coinvolti (Aziende, fornitore PACS e INSIEL), produrrà entro marzo 2020 un programma di attività per completare la messa a regime dei nuovi flussi di integrazione per garantire il blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e la loro conservazione legale direttamente dal livello aziendale.

A tal fine INSIEL dovrà quindi completare l'implementazione delle nuove soluzioni di integrazione entro giugno 2020.

Le Aziende dovranno assicurare il necessario supporto nella fase di attivazione del nuovo flusso di conservazione.

Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS	Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e l'avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale.

Con il coordinamento di ARCS, quale struttura di supporto della DCS per la gestione del sistema PACS regionale, si procederà con la sperimentazione della soluzione di refertazione multimediale in ambito radiologico, disponibile nell'ambito del vigente contratto di fornitura PACS, e la cui integrazione con la piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri è stata già in gran parte sviluppata da parte di INSIEL e della ditta fornitrice del PACS.

Pertanto, ARCS predisporrà entro aprile 2020 il cronoprogramma delle attività propedeutiche alla sperimentazione in questione. Sarà quindi individuato il sito ospedaliero pilota dove dal mese di ottobre si avvierà la sperimentazione della nuova soluzione di refertazione in ambito radiologico.

INSIEL, sempre entro settembre 2020, dovrà implementare le nuove soluzioni di integrazione e configurazioni al fine di registrare nell'archivio documentale aziendale i referti prodotti dal sistema esterno di refertazione.

In seguito alla sperimentazione la nuova soluzione di refertazione radiologica sarà progressivamente estesa alle altre Aziende che dovranno garantire l'adeguato supporto tecnico e clinico.

A seguire i nuovi profili di integrazione dovranno essere resi disponibili anche per altri ambiti clinico/diagnostici (endoscopia digestiva, ecocardiografia, ..): a tal fine entro dicembre 2020 sarà predisposto con il coordinamento di ARCS un documento di definizione delle specifiche tecniche e delle precondizioni necessarie per tale evoluzione.

Obiettivo	Risultato atteso
Refertazione multimediale	<p>ARCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisporre entro maggio 2020 il cronoprogramma delle attività propedeutiche alla sperimentazione della soluzione di refertazione multimediale in ambito radiologico.</li> <li>- Avvio entro ottobre 2020 della sperimentazione della nuova piattaforma di refertazione in ambito radiologico presso un sito ospedaliero.</li> <li>- Cura entro dicembre 2020 la definizione delle specifiche tecniche e delle precondizioni necessarie per l'utilizzo dei nuovi profili di integrazione nella refertazione anche in altri ambiti clinico/diagnostici.</li> </ul>

D'intesa con la DCS e con l'opportuno coinvolgimento di stakeholder istituzionali e scientifici, ARCS avvia e completa un percorso di analisi e valutazione in termini di costi e benefici dei possibili scenari di continuità dell'impianto PACS regionale al termine del vigente contratto di fornitura (dicembre 2022) e di disponibilità di nuovi sistemi gestionali di reparto integrati alla piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri.

Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione dei possibili scenari di continuità dell'impianto PACS regionale	<p>ARCS elabora entro dicembre 2020 un documento di analisi e valutazione in termini di costi e benefici dei possibili scenari di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuità dell'impianto PACS regionale al termine del vigente contratto di fornitura (dicembre 2022)</li> <li>- disponibilità di nuovi sistemi gestionali di reparto integrati alla piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri.</li> </ul>

In seguito al completamento dell'attuazione del nuovo assetto istituzionale SSR si rende necessario rivedere le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali.

Sarà compito di ARCS definire la revisione dei flussi entro aprile 2020.

Le Aziende, supportate da ARCS e da INSIEL (che dovrà attivare i nodi di trasmissione/ricezione immagini e condivisione dei referti secondo le indicazioni che gli verranno fornite), dovranno completare entro dicembre 2020 la revisione dei flussi e delle agende informatizzate.

Obiettivo	Risultato atteso
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali



emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR

interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020.

## 5. GLI INVESTIMENTI

### 5.1 STANZIAMENTI IN CONTO CAPITALE PER IL TRIENNIO 2020-2022

In considerazione della rilevanza della programmazione a carico delle risorse stanziare sul bilancio regionale per il triennio 2019-2021, che si è attestata su oltre 167 milioni di euro, tenuto conto dei fabbisogni per gli investimenti rappresentati dagli enti del SSR nei Programmi Preliminari degli Investimenti 2020 che confermano ulteriori necessità del medesimo ordine di grandezza, si rinviano a successivi atti le disposizioni per la programmazione delle ulteriori risorse stanziare sul bilancio regionale 2020-2022, che terranno conto, oltre che dei fabbisogni rappresentati, anche della riorganizzazione dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR e dello stato di avanzamento dei tre principali interventi sugli Hub regionali di Pordenone, Udine e Trieste.

### 5.2 ALTRE LINEE DI FINANZIAMENTO DI PARTE CORRENTE PER INVESTIMENTI

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli sviluppi sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SISR. Per il PACS, inoltre, la quota parte delle risorse iscritte nel bilancio regionale al capitolo 4354 dà copertura finanziaria alle acquisizioni delle componenti del sistema, per il tramite dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, per le quali prosegue l'estensione per la copertura dei servizi sulla base del programma definito.

### 5.3 ALTRE DISPOSIZIONI

5.3.a) Nel 2020 gli Enti dovranno acquisire il parere della DCS per:

- la sottoscrizione con soggetti terzi degli impegni diversi da quelli previsti dall'articolo 36, comma 8 della LR 26/2015 riguardanti il patrimonio;
- l'avvio di procedure per forniture in "service" o noleggi che prevedano la sostituzione di tecnologie biomedicali di proprietà dell'Ente;
- 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 centralizzate;

5.3.b) Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2021, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2021 (PPI 2021). Gli enti del SSR dovranno adottare e tramettere al NVISS il PPI 2021 entro il 15 settembre 2020 completo di una relazione illustrativa che evidenzi le finalità e le priorità degli interventi previsti. L'ARCS, oltre al proprio PPI 2021, dovrà trasmettere una relazione sulla programmazione complessiva degli Enti del SSR.

Nei PPI 2021 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 per le acquisizioni riguardanti le seguenti tipologie tecnologiche:
- Acceleratori lineari, acceleratori lineari intraoperatori e sistemi per tomoterapia

- Simulatori per radioterapia
- Angiografi
- Ciclotroni
- Gamma camere computerizzate
- Laser chirurgico
- Litotrittori extracorporei e strumentazione per litotrissia endoscopica
- Strumentazione per navigazione chirurgica e Microscopi operatori
- Sistemi per trasmissione ed archiviazione di bio-immagini (PACS)
- Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica
- Sistemi TAC/gamma camera integrati
- Sistemi TAC/PET integrati
- TAC per simulazione per radioterapia
- Tomografi a risonanza magnetica
- Tomografi ad emissione di positroni
- Tomografi assiali computerizzati (TAC)

5.3.c) L'ARCS e le altre aziende del SSR garantiscono alla Regione il contributo operativo e specialistico necessario all'attuazione degli accordi in vigore tra il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico e la Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia nel settore dei dispositivi medici.

## 6. LE RISORSE FINANZIARIE

Il sistema di finanziamento si inserisce nel percorso di revisione dell'assetto complessivo del SSR che, nel corso del 2020 troverà piena attuazione, a seguito del completamento del processo di riforma di cui alla LR 27/2018 e del quadro complessivo delineato dal DDL 70 recante "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015", attualmente in via di approvazione, e alla conseguente costituzione dell'ASUGI e ASUFC.

L'aumento delle patologie cronico degenerative legate all'invecchiamento della popolazione, la diminuzione delle nascite, l'aumento delle persone prive di un supporto familiare, l'incremento dei costi e la rapida obsolescenza delle tecnologie, l'introduzione di farmaci innovativi, renderanno necessario un progressivo adeguamento dei criteri allocativi delle risorse economiche ed il correlato monitoraggio della spesa.

Il finanziamento provvisorio 2020 si articola in tre macro voci:

- a) Finanziamento "indistinto" pari a euro 2.237.404.442 (tabella 1)
- b) Riparto fondi statali da pay-back, pari a euro 26.454.007,00 (tabella 2)
- c) Finanziamento delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione – spese sovraaziendali, pari a euro 122.595.558 (tabella 3)

Rispetto all'anno 2019, a seguito del riassetto istituzionale e alla costituzione delle nuove aziende sono stati ridefiniti i bacini di popolazione facenti capo alle stesse al fine della conseguente riallocazione del finanziamento della soppressa AAS2.

### FINANZIAMENTO PER POPOLAZIONE E PER FUNZIONI

Il finanziamento assegnato per popolazione e funzioni è articolato secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione, anche alla luce della rideterminazione della popolazione afferente a ciascuna azienda e dell'eventuale riallocazione di funzioni già incardinate presso AAS2 ad altro ente del SSR.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 31.12.2018, pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale 2018, in relazione all'ambito di ciascun ente:

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale
popolazione secca al 31/12/2018	1.215.276	373.952	528.791	312.533
popolazione pesata al 31/12/2018	1.388.502	442.675	605.624	340.203
popolazione pesata > 65 al 31/12/2018	799.113	263.856	348.823	186.434
popolazione pesata al 31/12/2018 oltre 500 m alt.	31.042		27.836	3.206

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta valutando le performance fra le aziende, oppure tramite riferimenti nazionali.

Il finanziamento 2020 ha due livelli di attribuzione: ad un primo livello è stata ripartita tra le Aziende la quota a finanziamento dei LEA, incrementata del valore degli extra-LEA regionali (individuati con DGR n. 1783/2017); tale

livello è ripartito tra gli enti del SSR per una quota in base ad attività non dipendenti dalla popolazione (per "funzioni") e per la restante quota sulla base della popolazione pesata.

Il secondo livello attribuisce un finanziamento integrativo per complessità organizzativa del SSR FVG per assicurare i LEA.

Le attività riconosciute, con riferimento a parametri oggettivi, non dipendenti dalla popolazione, sono evidenziate come segue:

- Complessità al 10%;
- Tariffato 7% per attività universitaria;
- Pronto soccorso ed emergenza territoriale, determinate in base al piano regionale deliberato dell'emergenza urgenza. E' stata ripartita tra ASUGI ed ASUFC la quota già di competenza di AAS2. Per il pronto soccorso pediatrico è stata utilizzata la popolazione pediatrica sotto i 14 anni;
- Centro trapianti
- VAD cardiocirurgia
- Centro malattie rare
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari
- Area Welfare
- Attività centralizzate ARCS.

Per quanto riguarda la quota ripartita in base alla popolazione pesata, sono stati impiegati i seguenti criteri, per ciascun livello assistenziale, è stata considerata la seguente popolazione:

Popolazione pesata:

- Ricoveri
- Specialistica
- Farmaceutica territoriale convenzionata
- Farmaceutica territoriale diretta
- Farmaceutica Distribuzione per conto
- AFIR
- Protesica

Popolazione ultra sessantacinquenne pesata e Popolazione residente oltre i 500 metri di altitudine:

- ADI

Gli *standard* individuati sono i seguenti:

- lo *standard pro capite* per l'attività di ricovero è stato determinato sulla base di un tasso di ospedalizzazione standardizzato del 125 per mille. Complessivamente è di 619,76 euro e remunera per 548,33 euro la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;
- lo *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 200,67 euro, è stato determinato sulla base di 3,4 prestazioni per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio;
- la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, con uno *standard* di 115,00 euro;

- la distribuzione farmaceutica territoriale diretta per residenti, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata (90%), con uno *standard* di 74,00 euro che comprende i farmaci per l'epatite C ed esclude quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
- la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, con uno *standard* di 36,00 euro, esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
- per l'AFIR lo *standard* di 11,00 euro che comprende anche la spesa nei punti vendita commerciali dei prodotti per i celiaci;
- per l'assistenza domiciliare integrata, lo *standard* è stato fissato a 42 euro; inoltre è stato raddoppiato a 84,00 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili.

Per il livello della prevenzione è stato previsto un finanziamento pari al 5% del finanziamento complessivo 2020, calcolato sulla popolazione complessiva non pesata.

Il finanziamento del livello dell'integrazione socio sanitaria fa riferimento agli *standard* assistenziali ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%.

Per le altre prestazioni di assistenza socio sanitaria sono stati considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2018 ed il trend 2019, prevedendo un incremento di risorse.

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.

**TABELLA 1: FINANZIAMENTO PER FUNZIONI E POPOLAZIONE**

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
popolazione secca al 31/12/2018	1.215.276	373.952	528.791	312.533			
popolazione pesata al 31/12/2018	1.388.502	442.675	605.624	340.203			
popolazione pesata > 65 al 31/12/2018	799.113	263.856	348.823	186.434			
popolazione pesata al 31/12/2018 oltre 500 m.alt.	31.042		27.836				
<b>RICOVERI TOTALE</b>	<b>860.539.164,00</b>	<b>272.619.484,00</b>	<b>381.081.335,00</b>	<b>200.271.945,00</b>	<b>3.900.973,00</b>	<b>2.665.427,00</b>	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	72.616.675,00	20.072.815,00	33.853.536,00	13.728.434,00	2.296.463,00	2.665.427,00	
7% tariffato	26.565.187,00	9.814.686,00	15.145.991,00		1.604.510,00		
Ricoveri mobilità fvg	761.357.302,00	242.731.983,00	332.081.808,00	186.543.511,00			
pro capite mobilità ultimi 12m	546,40						
standard totale	619,76						
standard mobilità	548,33						
<b>SPECIALISTICA TOTALE</b>	<b>278.630.696,00</b>	<b>88.831.592,00</b>	<b>121.530.568,00</b>	<b>68.268.536,00</b>			
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)							
pro capite mobilità ultimi 12m	193,66						
standard	200,67						
<b>FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA</b>	<b>159.677.730,00</b>	<b>50.907.625,00</b>	<b>69.646.760,00</b>	<b>39.123.345,00</b>			
pro capite proiezione 31/12	116,20						
standard	115,00						
<b>FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA (90%)</b>	<b>102.749.148,00</b>	<b>32.757.950,00</b>	<b>44.816.176,00</b>	<b>25.175.022,00</b>			
pro capite proiezione 31/12	74,26	67,22	76,55	79,35			
standard	74,00						
<b>FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO</b>	<b>49.986.072,00</b>	<b>15.936.300,00</b>	<b>21.802.464,00</b>	<b>12.247.308,00</b>			
pro capite proiezione 31/12	36,53	38,31	38,51	30,68			
standard	36,00						
<b>PREVENZIONE</b>	<b>118.000.000,00</b>	<b>36.309.724,00</b>	<b>51.344.170,00</b>	<b>30.346.106,00</b>			
Veterinaria	590.000,00	106.441,00	360.646,00	124.163,00			
standard 5% fondo	97,10	97,10	97,10	97,10			
<b>ADI</b>	<b>34.866.510,00</b>	<b>11.081.952,00</b>	<b>15.819.678,00</b>	<b>7.964.880,00</b>			
standard	42,00	42,00	42,00	42,00			
standard pop > 500 mt. alt.	84,00	84,00	84,00	84,00			
<b>PROTESICA</b>	<b>20.827.530,00</b>	<b>6.640.125,00</b>	<b>9.084.360,00</b>	<b>5.103.045,00</b>			
standard	15,00	15,00	15,00	15,00			
<b>AFIR</b>	<b>15.273.522,00</b>	<b>4.869.425,00</b>	<b>6.661.864,00</b>	<b>3.742.233,00</b>			
pro capite proiezione 31/12	12,11	15,43	11,89	10,88			
standard	11,00	14,87	11,16	10,21			
<b>INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA</b>	<b>102.457.514,00</b>	<b>33.042.024,00</b>	<b>45.608.499,00</b>	<b>23.806.991,00</b>			
Convenzione oneri sanitari strutture residenziali anziani	30.900.055,00	9.638.252,00	14.165.779,00	7.096.024,00			
<b>Altre prestazioni di Socio Sanitaria</b>	<b>70.867.459,00</b>	<b>23.378.772,00</b>	<b>31.302.720,00</b>	<b>16.185.967,00</b>			
Minori - strutture residenziali e semiresidenziali	3.900.000,00	1.314.314,00	1.592.925,00	992.761,00			
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	14.431.306,00	1.266.096,00	7.521.453,00	5.643.757,00			
Disabilità - Trattamenti socio-riabilitativi progetti sperimentali	5.000.000,00	1.538.548,00	2.175.600,00	1.285.852,00			
Salute mentale - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	14.411.411,00	6.290.974,00	7.495.091,00	625.346,00			
Dipendenze - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	5.624.687,00	2.833.331,00	2.091.765,00	699.591,00			
Altre prestazioni socio-sanitarie	27.500.055,00	10.135.509,00	10.425.886,00	6.938.660,00			
<b>Funzioni socio assistenziali finalizzate</b>	<b>690.000,00</b>	<b>25.000,00</b>	<b>140.000,00</b>	<b>525.000,00</b>			
<b>MEDICINA CONVENZIONATA</b>	<b>111.532.919,00</b>	<b>35.898.990,00</b>	<b>46.794.536,00</b>	<b>28.839.393,00</b>			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale_ Assistenza primaria	74.384.697,00	24.626.120,00	31.052.857,00	18.705.720,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale_ Continuità assistenziale	10.883.098,00	2.825.252,00	5.195.591,00	2.862.255,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale_ Emergenza Territoriale	735.000,00	650.000,00		85.000,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Pediatri di libera scelta	15.708.807,00	4.491.530,00	6.463.741,00	4.753.536,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Specialisti ambulatoriali	7.205.334,00	2.560.303,00	3.157.294,00	1.487.737,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) altri	2.615.983,00	745.785,00	925.053,00	945.145,00			

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
Emergenza territoriale e centrale operativa	44.112.437,00	12.010.221,00	20.015.979,00	10.086.237,00			2.000.000,00
Pronto soccorso	64.564.963,00	16.390.504,00	29.899.237,00	15.946.537,00	2.328.685,00		
Finanziamento Ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006	18.594.000,00				9.297.000,00	9.297.000,00	
Centro regionale trapianti e VAD	1.704.800,00		1.704.800,00				
Centro regionale malattie Rare	700.000,00		700.000,00				
Funzioni per lo screening metabolico, protesi cocleari, fibrosi cistica	1.200.000,00				1.200.000,00		
Finanziamento Area Welfare	1.200.000,00		1.200.000,00				
Attività centralizzate	14.763.441,00						14.763.441,00
<b>FINANZIAMENTO PRO CAPITE e FUNZIONI</b>	<b>2.001.380.446,00</b>	<b>617.295.916,00</b>	<b>867.710.426,00</b>	<b>470.921.578,00</b>	<b>16.726.658,00</b>	<b>11.962.427,00</b>	<b>16.763.441,00</b>
Competenza 2020 _ rinnovi contrattuali 2016/2018 _ DIRIGENZA	11.811.428,00	3.432.990,00	5.137.204,00	2.184.570,00	520.115,00	515.979,00	20.570,00
Competenza 2020 _ rinnovi contrattuali 2016/2018 _ ACN MEDICINA CONVENZIONATA	5.658.876,00	1.751.992,00	2.443.605,00	1.463.279,00			
Competenza 2020 _ rinnovi contrattuali 2019/2021 _ COMPARTO e DIRIGENZA	12.588.163,00	3.774.468,00	5.477.996,00	2.322.723,00	474.847,00	434.936,00	103.193,00
Competenza 2020 _ rinnovi contrattuali 2019/2021 _ ACN MEDICINA CONVENZIONATA	1.893.007,00	563.198,00	821.115,00	508.694,00			
Oneri rinnovi rinnovi contrattuali 2016/2018 e 2019/2021 - competenza 2020	31.951.474,00	9.522.648,00	13.879.920,00	6.479.266,00	994.962,00	950.915,00	123.763,00
<b>FINANZIAMENTO LEA ED EXTRALEA</b>	<b>2.033.331.920,00</b>	<b>626.818.564,00</b>	<b>881.590.346,00</b>	<b>477.400.844,00</b>	<b>17.721.620,00</b>	<b>12.913.342,00</b>	<b>16.887.204,00</b>
Finanziamento integrativo	204.072.522,00	88.609.971,00	73.480.030,00	22.891.710,00	9.342.688,00	8.726.668,00	1.021.455,00
<b>TOTALE FINANZIAMENTO 2020</b>	<b>2.237.404.442,00</b>	<b>715.428.535,00</b>	<b>955.070.376,00</b>	<b>500.292.554,00</b>	<b>27.064.308,00</b>	<b>21.640.010,00</b>	<b>17.908.659,00</b>

**TABELLA 2: RIPARTO QUOTE PAY BACK**

Pay-back	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO
Arretrati pay-back farmaceutico	21.454.007,00	5.688.595	9.543.289	4.206.181	234.241	1.781.700
Eccedenza tetti medicinali	2.000.000,00	530.306	889.651	392.111	21.837	166.095
Pay-back 1,83%	3.000.000,00	795.459	1.334.476	588.167	32.755	249.142
<b>TOTALE</b>	<b>26.454.007</b>	<b>7.014.360</b>	<b>11.767.417</b>	<b>5.186.460</b>	<b>288.832</b>	<b>2.196.938</b>



## GESTIONE ATTIVITÀ FINALIZZATE E/O DELEGATE DALLA REGIONE (C.D. SOVRAZIENDALI).

Anche il finanziamento delle c.d. “spese sovraziendali” è assegnato alle Aziende ed Enti del SSR in considerazione del nuovo assetto istituzionale.

In tale voce di finanziamento., rientrano le seguenti tipologie di spese:

- Finanziamenti a copertura di costi sostenuti per attività specificatamente delegate alle Aziende (Ceformed, OMS, ecc.);
- Finanziamenti per progetti – obiettivo;
- Finanziamenti per performances definite;
- Finanziamenti relativi ad attività svolte da soggetti terzi al sistema.

L’Azienda titolare del finanziamento, qualificata come “Ente gestore” nella Tabella 3, è responsabile:

- degli obiettivi assegnati e dei risultati attesi, coordinando tutte le azioni necessarie al loro raggiungimento;
- della corretta gestione ed allocazione delle risorse assegnate tra i diversi ed eventuali soggetti coinvolti nelle attività;
- del mantenimento dell’equilibrio tra risorse assegnate e risorse necessarie, attivando in anticipo le eventuali azioni necessarie per evitare il verificarsi di sbilanciamenti;
- del monitoraggio degli obiettivi e delle attività, proponendo tempestivamente interventi di correzione o ritardatura in caso di andamenti non coerenti con le previsioni;
- della puntuale rendicontazione dei risultati raggiunti, delle attività svolte e delle spese sostenute.

Qualora il finanziamento venga assegnato ad un’Azienda che non è titolare dell’attività ma solamente gestore del finanziamento, le responsabilità di cui sopra non saranno a suo carico bensì dell’Azienda responsabile dell’attività.

L’approvazione di tale rendicontazione è condizione per l’attribuzione del finanziamento definitivo.

Nelle c.d. sovraziendali è prevista una quota di riserva prudenziale assegnata all’ARCS, per il finanziamento di attività e conseguenti oneri la cui entità non è oggi puntualmente definibile in quanto ancora mancante di elementi oggettivi di calcolo e/o previsione (es. farmaci, abbattimento liste d’attesa, ecc.). La ripartizione di suddetta quota alle Aziende del SSR avverrà nel corso dell’anno 2020.

In merito, si specifica inoltre che gli oneri derivanti dai farmaci ad alto costo per il trattamento di pazienti emofilici eccedenti i 2 mil. di euro a trattamento saranno finanziati per la quota eccedente, nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione; gli oneri derivanti per il trattamento con i farmaci per la cura dell’atrofia muscolare (SMA) e le nuove terapie geniche CAR-T saranno finanziati, nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione.

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. (...)."

Le singole attività che sono oggetto di specifico finanziamento sono elencate nella tabella 3.

In applicazione al percorso sopra descritto le aziende, in sede di predisposizione del preventivo, dovranno, per quanto riguarda le attività sovraziendali svolte direttamente, contabilizzare i costi sostenuti ed iscriversi tra i ricavi, il relativo importo di finanziamento.

Per quanto riguarda le attività sovraziendali delegate dovranno essere gestite esclusivamente a stato patrimoniale come crediti/debiti nei confronti dell’azienda che gestisce il finanziamento sovraziendale.

Si evidenzia infine, per entrambe le tipologie di finanziamento, che nulla varia circa le modalità di rendicontazione dei costi sostenuti. Per quanto riguarda invece le compensazioni finanziarie, ARCS definirà a livello centrale le partite debitorie/creditorie delle singole aziende e ne darà formale comunicazione agli Enti interessati che provvederanno così ad effettuare le relative compensazioni.

**TABELLA 3: FINANZIAMENTO ATTIVITÀ FINALIZZATE E/O DELEGATE DALLA REGIONE (C.D. "SOVRAZIENDALI")**

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2020	Ente gestore	Note
1	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	63.000,00	ARCS	DPCM 3 marzo 2017
2	Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria	285.000,00	ARCS	Linea prevenzione LR 9/2015, art.3, comma 4, lettera e)
3	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	ASUFC	Linea prevenzione DGR 2271/2012
4	Prevenzione, trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo	60.000,00	ASUGI	LR.1/2014
5	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	110.000,00	ASUFC	Linee di Gestione 2018 e 2019 (obiettivo 3.1.7)
6	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute	30.000,00	ASUGI	Linee di Gestione 2020 - linea 3.1 Ambiente e Salute
7	Screening cardiologico	400.000,00	ASUGI	DGR n.2084 del 09/11/2018
8	Progetto sulla comunicazione istituzionale	30.000,00	Burlo	Linee di Gestione 2018 (obiettivo 3.2.1)
9	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici	70.000,00	ARCS	LR. 28/1990 e alla DGR 1588/2008
10	Progetto odontoiatria pubblica	1.500.000,00	ASUGI	DGR 1681/2017
11	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	ASUFC	Linea centralizzazione
12	Spese di funzionamento Cefomed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.900.000,00	ARCS	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
13	Rimborso oneri per indennizzi L. 210/92	827.827,00	ARCS	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
14	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	ASUFC	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
15	Finanziamento Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	65.330,00	ASUGI	LR 25/2016, art. 9, commi 1 e 2
		83.183,00	ASUFC	
		51.487,00	ASFO	
16	Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	285.492,00	ASUGI	Attività DGR 1671/2016
		485.564,00	ASUFC	
		228.944,00	ASFO	
17	Progetto regionale OMS – Regions for Health Network (RHN)	30.000,00	ARCS	DGR 945 del 24/05/2017
18	Progetto Comunicatori verbali	40.000,00	ASUFC	DGR 723/2009
19	Finanziamento Soccorso Alpino	160.000,00	ARCS	LR. 24/2017 art. 16 comma 5
20	Rimborsi iscrizione volontaria SSN 2017-2018	5.453,00	ARCS	Linea centralizzazione
21	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	1.012.521,00	ASUGI	
		100.634,00	ASUFC	
		386.845,00	ASFO	
22	Piano superamento OPG - quota compensazione regionale	56.305,00	ASUGI	Attività DGR 622/2015
		231.357,00	ASUFC	
23	Programmi di abilitazione/riabilitazione salute mentale minori e budget di salute	156.305,00	ASUGI	DGR 122/2018
		243.695,00	ASUFC	
		100.000,00	ASFO	
24	Progetti d'inserimento sia diurno che pomeridiano di persone preadolescenti e adolescenti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo (disturbi dello spettro autistico)	100.000,00	ASUFC	DGR 1910/2018
25	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00	ASFO	DGR 1910/2018
26	Avvalimento di personale delle Aziende Sanitarie	250.000,00	ASUFC	Intervento specifico (LR. 12/2009 art.10 comma 11)
27	Piano sangue regionale	4.050.000,00	ASUFC	Linea centralizzazione
28	Elisoccorso	6.300.000,00	ASUFC	Linea centralizzazione
29	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
30	Assicurazioni RC - polizza	3.649.164,00	ARCS	Linea centralizzazione
31	Assicurazioni RC - fondo copertura 2018	10.522.011,00	ARCS	Linea centralizzazione
32	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del comparto e della dirigenza del SSR (importi con oneri inclusi e compreso il 509.779 del personale elisoccorso)	31.791.239,00	ARCS	Linea centralizzazione
33	Piano della formazione, della comunicazione e studi	530.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
34	Piano per la valutazione del patrimonio edile impiantistico del SSR (Primafase) e per realizzazione di studi di fattibilità e progettazioni	400.000,00	ASUGI	Attività DGR 2559/2015
		400.000,00	ASUFC	
35	Progetti internazionali	100.000,00	ARCS	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
36	Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti	80.000,00	ASUFC	Linea centralizzazione
37	Attività di supporto al Ministero della salute nel settore dei dispositivi medici e di supporto e alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti	75.000,00	ASUGI	Linea centralizzazione
38	Accantonamento rinnovi contrattuali 2019/2021 comparto e dirigenza _ competenza 2020	1.321.665,00	ASUGI	Linea centralizzazione
		1.724.769,00	ASUFC	
		625.349,00	ASFO	
		127.843,00	Burlo	
		117.098,00	CRO	
		27.783,00	ARCS	
39	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.953.000,00	ARCS-GSA	Intervento specifico (LR. 19/2006 art.30)
40	Finanziamento AIR Medicina convenzionata	30.864.040,00	ARCS	Linea centralizzazione
41	ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2020	151.630,00	ASUGI	Linea centralizzazione
		221.069,00	ASUFC	
		136.956,00	ASFO	
42	Accantonamento quota di finanziamento	16.050.000,00	ARCS	Emofilia/ SMA e CAR T - LR 7/2009
<b>TOTALE FINANZIAMENTO 2019</b>		<b>122.595.558,00</b>		

## 7. LE REGOLE GESTIONALI

### 7.1. VINCOLI OPERATIVI

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

- Per la Farmaceutica territoriale (diretta + convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella Tabella 1: "Finanziamento Enti SSR";
  - o Fonte dati diretta: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".
  - o Fonte dati convenzionata e DPC: Liquero e WebDPC
- Per la Farmaceutica ospedaliera di seguito è riportato il dato di spesa distinto per Ente erogante di gennaio-agosto 2019 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente al netto dei vaccini, dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA) e dei farmaci oncologici ed emato-oncologici, compresa la quota della distribuzione diretta (10%).
  - o Fonte dati: Flussi N-SIS+ "minsan fittizi".

Ente erogante	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ago 2018)	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ago 2019)	Δ	Δ%
<b>ASUGI</b>	11.819.117	12.249.781	430.664	3,64%
<b>ASUFC</b>	20.594.415	21.307.446	713.030	3,46%
<b>ASFO</b>	8.759.111	9.324.159	565.048	6,45%
<b>IRCCS Burlo Garofalo</b>	1.675.624	1.568.925	(106.700)	-6,37%
<b>IRCCS CRO Aviano</b>	2.429.138	2.364.888	(64.250)	-2,64%
<b>Totale</b>	45.277.405	46.815.198	1.537.793	3,40%

Sulla base dei dati di gennaio-agosto 2019, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera, comprensiva della quota della diretta, pari al 3,4 %, (esclusi i vaccini, i farmaci per la SMA ed i farmaci oncologici ed emato-oncologici) rispetto al corrispondente periodo gennaio-agosto. 2018.

Per il 2020 le aziende che hanno fatto registrare nel 2019 vs 2018 (gennaio-agosto 2019):

- un incremento della spesa in linea con il valore regionale (3,4% ± 10%) dovranno ridurre del 1% il valore registrato nell'anno 2019 (ASUGI, ASUFC);
- un incremento di spesa superiore al 3,4% (± 10%) dovranno ridurre del 2% il valore registrato nell'anno 2019 (ASFO);
- una riduzione della spesa, dovranno ridurre dello 0,5% il valore registrato nell'anno 2019.

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC presso la soppressa ASUITS), i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro ed i farmaci oncologici ed emato-oncologici.

In considerazione dei nuovi farmaci oncologici innovativi che si stanno rendendo disponibili, dal 2017 a livello nazionale è stato previsto un fondo ad hoc pari a 500 mln di euro. La Regione FVG non accede a tale fondo, tuttavia questi farmaci hanno un impatto anche nella nostra Regione di cui tener conto. Oltre a ciò anche altri farmaci ad alto costo (non solo specificatamente innovativi) nell'ambito delle stesse aree terapeutiche (area oncologica ed

emato-oncologica), negli ultimi anni hanno fatto registrare un incremento di spesa, anche a seguito delle innovazioni farmacologiche che si sono rese disponibili e dell'estensione delle indicazioni terapeutiche.

Tutto ciò premesso, per il 2020 si prevede per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero (flussi N-SIS, consumi ospedalieri):

- il mantenimento da parte di tutti gli Enti del SSR del valore registrato nell'anno 2019.

In corso d'anno, dal momento che per questa classe di farmaci la spesa pro-capite per residenza del paziente presenta valori disomogenei tra aziende (da 19,6 euro a 26,3 euro) sarà valutata la necessità di attivare specifici monitoraggi volti favorirne l'appropriatezza prescrittiva anche in condivisione con l'istituenda rete oncologica.

Nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) e L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE  $\alpha$ , ALDESLEUCHINA, BACILLO CALMETE GUERRIN (BCG), MIFAMURTIDE, PLERIXAFOR, LENALIDOMIDE, TALIDOMIDE e POMALIDOMIDE; sono stati quindi esclusi quei farmaci che, pur appartenendo alla classe ATC L dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, hanno indicazioni diverse (Es: malattie reumatiche, trapianto, ecc...). Sono escluse da tale ambito le terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T.

- Per i Dispositivi medici, le aziende dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2019.
- Il vincolo per il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.
- Il vincolo del tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda è fissato al 125 per mille. In relazione a questo obiettivo si auspica da parte di tutte le aziende il proseguimento delle azioni finora intraprese allo scopo di mantenere (per le aziende già a target) o se necessario migliorare quanto realizzato nell'anno 2019.
- *Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche* dovranno avere costi massimi non superiori a 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 proseguire nelle azioni di contenimento di cui al D.L. 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review" e al D.L. n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015".

## 7.2. AZIONI OPERATIVE

### Esercizio provvisorio

Fino all'approvazione del bilancio preventivo 2020 le Aziende possono sostenere costi mensili nel limite di 3/12 dei ricavi iscritti nell'ultimo bilancio preventivo approvato.

## 7.3. REGOLE METODOLOGICHE DI GESTIONE

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi. Relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, la Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà ad inoltrare alle Aziende specifico documento tecnico.

### 7.3.1. Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2020, 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 invierà con la nota metodologica le relative matrici di mobilità.

Relativamente al passaggio di funzioni del laboratorio analisi lo scambio di fatturazione per le relative prestazioni tra le aziende avverrà con un abbattimento del 45% rispetto alle tariffe in vigore, salvo accordi diversi tra gli enti. Nel 2020 tutti i centri prelievi sul territorio dovranno essere configurati come punti di accettazione dell'impegnativa del centro *hub* di riferimento. In tal modo la rilevazione dell'attività avverrà direttamente nel centro *hub*. Infatti all'interno della quota di abbattimento sopra riportata, il centro *hub* remunera anche l'attività di prelievo e di accettazione ai punti prelievo di riferimento.

La spesa per la mobilità intra-regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta, come negli anni precedenti, è posta interamente a carico delle Aziende per l'assistenza sanitaria di residenza del paziente.

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). Per il 2019, tenuto conto delle stime sui *setting* di utilizzo secondo cui circa l'90% della spesa è ascrivibile ad una diretta territoriale, nelle matrici di mobilità intra-regionale, sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata nel 2019 di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).

La spesa dei medicinali per i quali non è rilevato il codice fiscale non è 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), con la conseguente corretta attribuzione dei costi.

Per i pazienti extra-regione la compensazione dei medicinali erogati in distribuzione diretta continua con le modalità già in essere. La tabella seguente riporta i dati relativi alla proiezione al 31/12/2019 della distribuzione diretta per pazienti extra-regionali distinta per ente erogante.

Ente erogante	Quota extra-regione
ASUGI	426.101,50
ASUFC	687.382,58
ASFO	703.230,39
BURLO	25.125,54
CRO	6.213.632,50
<b>TOTALE FVG</b>	<b>8.055.472,51</b>

**Terapie geniche di nuova introduzione:** In previsione della prossima introduzione di nuove terapie geniche ad alto costo (ulteriori CAR-T e SMA), la spesa farmaceutica ospedaliera sarà oggetto di specifico monitoraggio in corso d'anno, al fine di definire eventuali modalità di copertura con atti successivi.

### 7.3.2. Mobilità extra-regionale

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 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.

La mobilità extraregionale del 2020 nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2020 sarà quella relativa alla matrice del FSN 2019.

Come indicato dal Ministero della salute, agli erogatori privati deve essere riconosciuta per qualsiasi prestazione sanitaria erogata in favore di pazienti residenti e non, la tariffa vigente regionale, fermo restando che in sede di compensazione con le altre regioni per le prestazioni rese agli extraregionali deve essere applicata la tariffa prevista nell'accordo interregionale sulla compensazione della mobilità sanitaria.

L'articolo 1, comma 171, della L. n. 311/2004 prevede che "è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente [...]. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione del detto principio". Inoltre il comma 577 dell'articolo 1 della L. n. 208/2015 prevede che: "le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella in cui insistono le strutture, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti nella regione in cui sono ubicate le strutture. Le regioni individuano, nell'ambito del contratto stipulato con le strutture sanitarie, le misure sanzionatorie da applicare alle strutture che non rispettano la presente disposizione".

### 7.3.3. Mobilità internazionale

A decorrere dal 1° gennaio 2013, ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, di cui al DPR 31 luglio 1980, n. 618, nonché in materia di assistenza sanitaria internazionale, le Regioni si fanno carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Alla regolazione finanziaria si provvede attraverso l'imputazione, tramite le Regioni, ai bilanci delle aziende sanitarie locali di residenza degli assistiti, dei costi e ricavi connessi rispettivamente all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini di Stati stranieri in Italia, da regolare in sede di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

A tal fine il DPR 24 novembre 2017 n. 224 disciplina le modalità applicative, le procedure contabili e le competenze di natura economico finanziaria in materia di assistenza sanitaria internazionale relativa ai flussi nell'ambito della UE e delle Convenzioni bilaterali e dell'assistenza indiretta all'estero ai sensi del DPR 618/1980.

E' attivo il tavolo inter-istituzionale Stato – Regioni per la definizione, ai sensi del DPR 224/2017 succitato, di un Accordo in sede di Conferenza permanente per la definizione delle regole e delle procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale. L'Accordo definirà le modalità per il monitoraggio e la verifica del funzionamento dei meccanismi di natura amministrativo-contabile.

Le Aziende proseguono con la gestione e l'implementazione del sistema "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" – ASPE e, in concomitanza e secondo le indicazioni del Ministero della Salute, proseguono nell'utilizzo della rete telematica di interscambio di informazioni di sicurezza sociale in Europa (EESSI) / RINA attiva dal 1 luglio 2019.

Ai sensi dell'articolo 4 del Reg. CE 987/2009 infatti, lo scambio dei dati relativi alla mobilità dei cittadini ed in particolare all'assistenza sanitaria e al welfare in ambito europeo avverrà, con successivi step di implementazione, esclusivamente per via telematica attraverso il progetto informatico curato dalla Commissione Europea (Progetto EESSI)

Le Aziende sanitarie in qualità di Istituzione competente sono invitate a svolgere la funzione di nodo di arrivo e di partenza delle singole richieste veicolate dalla rete EESSI.

Gli Uffici dedicati alla mobilità internazionale, in considerazione della complessa normativa di settore, interagiscono sia in ambito nazionale che europeo attraverso i flussi informativi da e per le Istituzioni e i cittadini sia per la gestione dei Regolamenti Comunitari che della Direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

#### **7.3.4 Fondo assicurativo**

Il finanziamento previsto nelle sovraziendali sarà ripartito tenendo conto della peculiarità delle attività svolte dalle singole Aziende e del relativo grado di rischio proprio di ciascuna (in particolare per quelle con un elevato livello di specializzazione delle attività cliniche ed assistenziali e quelle con presenza di specialità quali ostetricia/ginecologia, ortopedia ed altre che sono da sempre riconosciute a maggior fattore di esposizione sotto il profilo del rischio).

#### **7.3.5 Note di accredito**

Con riferimento alle note di accredito relative al Pay-Back farmaci, si ricorda che le aziende dal 01/01/2019 devono iscrivere tali documenti in diminuzione dei relativi costi dell'anno di ricevimento.

#### **7.3.6 Risorse aggiuntive regionali**

Il finanziamento complessivo per il 2020 delle RAR comparto e dirigenza è stato previsto tra le spese sovraziendali. In sede di predisposizione del bilancio preventivo le aziende non dovranno iscrivere costi e ricavi per tale partita.

#### **7.3.7 Convenzioni sociosanitarie**

##### **ABBATTIMENTO RETTA**

Con riferimento alle procedure di assegnazione delle risorse, i contributi verranno erogati direttamente alle Aziende che provvederanno a garantire il ristoro dei costi per l'abbattimento delle rette, sia nelle strutture residenziali, sia nei servizi semiresidenziali.

Per l'anno 2020, delle quote complessive relative all'abbattimento rette nelle residenze per anziani non autosufficienti e nei servizi semiresidenziali stanziati sui capitoli 4499 e 8408, vengono inizialmente assegnate, rispettivamente, le quote di euro 47.000.000,00 e di euro 1.000.000,00, in base alle esigenze di ogni Azienda sanitaria anche in relazione ai fondi già a disposizione di ciascuna.

Si prevede di verificare, nel prosieguo, l'entità dei costi aggiuntivi eventualmente derivanti da nuovi posti convenzionati e/o da nuove disposizioni contributive introdotte dalla Giunta regionale.

##### **ONERI SANITARI**

Per i posti letto per i quali è erogato l'abbattimento della retta, a tutte le Residenze per non autosufficienti è riconosciuto anche il contributo per gli oneri sanitari.

L'importo di euro 30.900.055,00 è ripartito tra le Aziende sulla base della spesa storica, del numero di posti letto convenzionati e dei parametri definiti dalla DGR 429/2018 o da successive disposizioni.

Si conferma che per l'anno 2020, i convenzionamenti con Residenze per autosufficienti (ex Case albergo) già in essere ed effettuati ai sensi della DGR 2089/2006 possono essere rinnovati con le medesime modalità, in continuità con l'anno 2019.

#### **CONVENZIONI E CONTRATTI PER ATTIVITÀ RIABILITATIVE NELLE DIPENDENZE**

Nell'ambito del finanziamento per popolazione e per funzioni, per l'anno 2020 è stato previsto uno specifico importo di euro 5.000.000,00 da destinare al co-finanziamento dei *trattamenti socio-riabilitativi* previsti nell'ambito di progetti personalizzati sia per persone con disabilità già inserite in percorsi innovativi e sperimentali che per la realizzazione di nuovi interventi con queste finalità.

#### **FINANZIAMENTO ATTIVITÀ RIABILITATIVE RIVOLTE A MINORI A PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE E DI DIPENDENZA PATOLOGICA CONTRATTI PER ATTIVITÀ RIABILITATIVE NELLE DIPENDENZE**

Rispetto agli anni precedenti, in coerenza con gli indirizzi strategici della riforma del SSR, gli importi destinati agli interventi terapeutico riabilitativi rivolti a minori con disturbi neuropsichici - euro 3.900.000 – alle persone con problemi di dipendenza patologica – euro 5.624.000 – e alle persone con problemi di salute mentale - euro 14.411.410, vengono incrementati, in relazione alla maggior copertura dei bisogni sociosanitari.



## 8. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

### 8.1 PRINCIPI GENERALI

Il 2020 rappresenta l'anno in cui viene portato a compimento il processo di riordino organizzativo dell'assetto istituzionale del SSR, come delineato dalla LR 17 dicembre 2018, n. 27 mediante la costituzione e l'avvio delle Aziende sanitarie universitarie Friuli Centrale di Udine e Giuliano Isontina di Trieste e dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale.

### INDICAZIONI OPERATIVE SULLA GESTIONE DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI CHE INFLUISCONO SUL COSTO DEL PERSONALE

#### a. Vincolo di contenimento e manovra del personale

Relativamente al costo del personale delle Aziende ed Enti del SSR, il 2020 è l'anno entro il quale deve essere conseguito l'obiettivo di contenimento del limite di spesa, ancora fissato al livello rilevato nel 2004, ridotto dell'1,4% al netto dei rinnovi contrattuali, disposto dall'articolo 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, la cui applicazione è stata oggetto di proroga a cura dell'articolo 17, comma 3, del DL 98/2011 e smi.

Fino alla definizione del ricorso per questione di legittimità costituzionale promosso dalla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia avverso l'articolo 11, comma 4-bis, del DL 30 aprile 2019, n. 35 recante «Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria», come introdotto dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, e fatte salve ulteriori disposizioni che dovessero intervenire in materia, le Aziende ed Enti del SSR dovranno pertanto orientare la programmazione del personale in coerenza e nel rispetto dei vincoli finanziari stabiliti dalla richiamata normativa nazionale vigente in materia, che assume i connotati istituzionali delle norme di coordinamento della finanza pubblica.

La manovra di personale per l'anno 2020, andrà presentata indicando la dotazione organica per profilo professionale al 31.12.2019 e programmata al 31.12.2020. Coerentemente la scheda dei costi sarà compilata sulla base dello schema che sarà fornito dagli uffici della Direzione centrale.

La manovra del personale dovrà, altresì, essere rappresentata sotto forma di relazione descrittiva.

In considerazione della necessità di rispettare i vincoli di finanza pubblica, le Aziende potranno procedere all'acquisizione di personale prioritariamente attraverso l'istituto della mobilità, comando o convezione all'interno del SSR, tenuto conto dei necessari riassetto organizzativi.

#### b. Assetto organizzativo dei nuovi enti del SSR – Fondi contrattuali

L'articolo 11 della LR 27/2018 ridisegna l'assetto delle nuove aziende sanitarie universitarie cui sono trasferiti i rapporti di lavoro del personale adibito alle funzioni connesse ai livelli di assistenza ospedaliera, al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 Bassa Friulana Isontina e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli. La realizzazione della Legge di riforma della sanità ed il percorso di istituzione dei nuovi enti e contestuale soppressione di AAS2, deve attenersi ai seguenti principi:

- i rapporti individuali di lavoro devono essere trasferiti dall'Azienda soppressa a quella di destinazione;
- il nuovo impianto istituzionale delle Aziende del SSR deve avvenire "a saldo zero", senza incremento dei costi sui fondi contrattuali per il SSR.

Nel 2019 i commissari straordinari delle Aziende cessanti hanno presentato un'ipotesi organizzativa tenendo conto dell'evoluzione istituzionale e della revisione degli assetti del SSR approvata con LR 27/2018, che costituisce lo strumento indispensabile per consentire ai nuovi organi di vertice di dare avvio alle nuove aziende.

Ai fini del conseguimento dell'obiettivo del "saldo zero", nel corso del 2020 verranno anche quantificate le quote dei fondi contrattuali da trasferire ad ARCS per la graduale attuazione del proprio atto aziendale, tenuto conto del progressivo trasferimento di funzioni dalle aziende, dello svolgimento di attività in forma centralizzata e della realizzazione degli assetti degli enti di nuova costituzione.

Nel caso di trasferimento di funzioni dalle Aziende del SSR all'ARCS, le stesse provvederanno congiuntamente alla determinazione del fabbisogno di personale interessato, in esito alla quale verranno attivate prioritariamente le procedure di mobilità volontaria e, qualora non sufficienti, quelle di mobilità obbligatoria. Le modalità di trasferimento delle relative quote dei fondi contrattuali saranno condivise tra l'ARCS e le Aziende.

Il processo descritto, intervenendo sui rapporti di lavoro, non può ovviamente prescindere dal propedeutico coinvolgimento delle parti sindacali di categoria attraverso i relativi percorsi mediante la realizzazione degli istituti previsti dai CCNL di riferimento.

## **MONITORAGGIO**

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute provvederà ad effettuare con cadenza TRIMESTRALE il monitoraggio dei costi del personale e delle dotazioni organiche, i cui esiti dovranno essere trasmessi alla DCS.

## **RINNOVI CONTRATTUALI PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO**

Il finanziamento 2020 prevede la copertura dei costi dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato di competenza dell'anno.

In particolare, con riferimento ai contratti 2016/2018, nell'ambito del finanziamento indistinto sono comprese, per l'importo già assegnato nel 2019:

- la quota di trascinarsi nel 2020 del costo per i rinnovi contrattuali CCNL 2016/2018 della dirigenza - Competenza 2020;
- la quota di regime 2020 del rinnovo ACN del personale convenzionato.

Le quote di competenza 2020 dei rinnovi contrattuali 2019/2021 sia del personale dipendente (comparto e dirigenza) che del personale convenzionato, pari all'1,65% sul costo da CE 2018, opportunamente integrato dalle quote dei costi dei rinnovi contrattuali 2016/2018 non ancora sottoscritti, sono finanziate:

- per l'importo dell'1,3% già finanziato nel 2019, nell'ambito del finanziamento indistinto (tabella 1);
- per la percentuale dell'ulteriore incremento di competenza delle 2020, pari al rimanente 0,35%, nell'ambito delle spese sovrazionali (tabella 3).

In sede di predisposizione del bilancio preventivo 2020 le Aziende dovranno pertanto provvedere ad iscrivere nelle voci opportune i relativi costi ed accantonamenti come esposti nelle tabelle 1 e 3 del presente atto.

## **PIANI TRIENNALI DEI FABBISOGNI DI PERSONALE (PTFP)**

In conformità alle disposizioni contenute negli artt. 6 e 6-ter del D. Lgs 165/2001 e del D.P.C.M. 8 maggio 2018 – in particolare il paragrafo 7 a cui si rimanda - le Aziende ed Enti del SSR sono tenuti ad adottare il Piano triennale dei fabbisogni di personale (di seguito PTFP) 2020-2022 in occasione dell'approvazione del bilancio preventivo economico annuale. In tale contesto il PTFP dovrà, pertanto, essere coerente con i documenti di programmazione annuale.

In particolare, il commissario straordinario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Medio Friuli-Collinare" ed il Commissario straordinario unico dell'Azienda sanitaria universitaria di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana Isontina" presenteranno il PTFP provvisorio, rispettivamente, delle future Azienda sanitaria universitaria di Udine "Friuli Centrale" (ASU FC) e Azienda sanitaria universitaria di Trieste "Giuliano Isontina" (ASU GI).

Il commissario straordinario dell'Azienda per l'Assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" presenterà il PTFP dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO).

Tenuto conto che il PTFP rappresenta uno strumento programmatico di carattere flessibile per il reclutamento e la gestione delle risorse umane, le aziende potranno procedere annualmente alla modifica dello stesso in termini di rimodulazione qualitativa e quantitativa del proprio fabbisogno di personale, purché nel rispetto dei vincoli finanziari nazionali in materia. Parimenti ne è consentita la modifica anche in corso d'anno in presenza di eventi non prevedibili al momento della sua adozione.

Il PTFP, che deve tenere prioritariamente conto dei limiti finanziari, della *mission* e delle valutazioni organizzative per il raggiungimento degli obiettivi, va predisposto secondo lo schema che verrà fornito dalla DCS per ciascuna delle annualità interessate.

In particolare dovrà essere data evidenza delle unità di personale alla data del 31 dicembre di ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022 suddivise per:

- ruolo, categorie e profilo;
- tipologia di rapporto di lavoro: tempo indeterminato, tempo determinato e altre forme di lavoro flessibile;
- costo, all'interno del quale dovranno essere considerate l'IRAP, gli oneri riflessi e gli oneri relativi ai rinnovi contrattuali. Non vanno conteggiati i costi del personale appartenente alle categorie protette che, nei limiti della quota d'obbligo, non rientrano nel limite di spesa complessivo purché sia rispettato l'equilibrio economico di bilancio.

La dotazione organica dovrà essere rappresentata sia in termini di teste che di tempo pieno equivalente (FTE).

Il fabbisogno che non insiste sulla dotazione organica quale l'utilizzo di prestazioni aggiuntive, gli specialisti ambulatoriali e altre forme di lavoro flessibile va indicato separatamente.

Il PTFP sarà approvato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il termine di sessanta giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

Nei trenta giorni successivi alla sua adozione le Aziende provvederanno alla trasmissione dei contenuti dei PTFP tramite il sistema di cui all'articolo 60 del D. Lgs 165/2001.

Si ricorda che, in caso di mancata trasmissione nei termini sopra indicati, le Aziende non potranno effettuare nuove assunzioni.

## **RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE**

Le risorse destinate alla premialità vanno distribuite in modalità tali da evitarne la distribuzione automatica e generalizzata in quanto non possono costituire meri vantaggi economici aventi caratteristiche di stabilità. Il riconoscimento, peraltro, deve avvenire nel pieno rispetto alla performance organizzativa ed individuale.

Ne consegue che le risorse aggiuntive regionali - RAR sono finalizzate a sviluppare progettualità di particolare rilevanza coerenti con gli obiettivi strategici regionali, che consentano la valorizzazione del personale con un più efficace utilizzo degli strumenti forniti dalla normativa di cui al D. Lgs 165/2001 e dal CCNL vigenti come attuati nel Programma annuale e triennale di attività dell'ente di riferimento.

La quantificazione e la distribuzione delle risorse aggiuntive, nonché i criteri di utilizzo e le progettualità saranno definiti in sede di accordo con le OO.SS. delle rispettive aree negoziali.

1. Per quanto riguarda il personale del comparto - nelle more della definizione del complessivo accordo sulle risorse regionali aggiuntive 2020 - risultando di immediata importanza la scelta di valorizzare le condizioni di complessità lavorativa legate all'assistenza nelle strutture sanitarie - si richiama la necessità che l'accordo regionale prosegua nella conferma delle scelte già operate nell'intesa precedente approvata con DGR n. 323 del 1.03.2019 rispetto ai seguenti filoni: "complessità assistenziale e continuità dei servizi" e "personale a disposizione dei corsi di laurea area sanitaria".

2. L'utilizzo delle risorse regionali aggiuntive da attribuire al personale del SSR per l'esercizio 2020 dovrà essere destinato prioritariamente e necessariamente a favorire ed accompagnare le aree e i settori coinvolti nei processi di riorganizzazione e/o accorpamento aziendali ed interaziendali conseguenti alla definizione dei nuovi assetti organizzativi.

## **8.2 FORMAZIONE**

La formazione continua ha un impatto sulle prestazioni del professionista e sulla salute del paziente: risulta pertanto prioritario proseguire sulla strada di una formazione di qualità, coerente con gli obiettivi del Sistema sanitario regionale.

### **PRIORITÀ REGIONALI SU ORGANIZZAZIONE E GESTIONE**

#### **APPLICATIVO GESTIONALE PER LA FORMAZIONE**

Nel 2019 è stata avviata, per il tramite della società Insiel, la procedura finalizzata alla sostituzione dell'applicativo per la gestione della formazione messo a disposizione dei provider da parte della Regione.

Nel corso del 2020 si prevede di concludere la procedura e avviare, nei primi mesi, il nuovo applicativo partendo da alcune funzioni base da sviluppare in relazione alle esigenze di gestione ordinaria, e nell'ottica di pervenire ad una maggiore automatizzazione delle attività e ad un efficientamento dei processi, quali l'attivazione dei ruoli previsti nel processo di formazione, la raccolta del fabbisogno, la rilevazione delle ricadute formative, la gestione della formazione extra sede, la notifica degli avvisi, la trasmissione telematica di documenti alle varie figure interessate e la produzione di documenti di statistica. Il progressivo incremento di funzioni dovrebbe comportare a regime una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse umane impiegate nei processi, oltre al coinvolgimento proattivo di altri professionisti coinvolti, a diverso titolo, nei processi formativi (aumento della partecipazione) con una conseguente riduzione del rischio di errore.

#### **AVVIO A REGIME DELLA FAD REGIONALE.**

I CC.NN.LL. del comparto sanità dispongono che *“le aziende e gli enti [...] garantiscano l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalle disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria” prevedendo altresì che, “al fine di ottimizzare le risorse disponibili per garantire la formazione continua a tutto il personale del ruolo sanitario [...] e la formazione in genere al personale degli altri ruoli, nelle linee di indirizzo sono privilegiate le strategie e le metodologie coerenti con la necessità di implementare l'attività di formazione in ambito aziendale ed interaziendale, favorendo metodi di formazione che facciano ricorso a mezzi multimediali [...]”*. In tale ambito gli enti del Servizio sanitario regionale assumono un ruolo prioritario nel garantire la formazione e l'aggiornamento professionale per la valorizzazione delle capacità ed attitudini personali e quale supporto per l'assunzione di responsabilità affidate ai professionisti al fine di promuovere lo sviluppo del sistema sanitario nazionale.

La FAD, per le tipologie di eventi formativi a più elevata standardizzazione e ripetibilità, ovvero integrata con le modalità di formazione tradizionali (*blended*), rappresenta uno strumento per consentire ai professionisti di adempiere in maniera costante e continuativa agli obblighi formativi.

La piattaforma regionale di *e – learning* HTL nel 2020 dovrà essere integrata con il nuovo gestionale della formazione e contestualmente risulterà necessario che tutti gli enti si adoperino per l'attivazione e l'utilizzo a regime della funzione per le “iscrizioni on line”.

Al fine di rendere pienamente operativa la FAD, nel 2020 dovrà essere costituito presso l'ARCS un team di progettisti e tecnici informatici per la predisposizione di *layout* uniformi nei contenuti degli eventi formativi di FAD ed un servizio di *help desk*. La costituzione del team rappresenta, pertanto, per l'ARCS un obiettivo da realizzare entro il 30.06.2020.

Gli enti del SSR dovranno perseguire gli obiettivi di:

1. Accredimento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL. il cui risultato atteso è l'accredimento di almeno un evento FAD entro il 31.12.2020;
2. Utilizzo della funzione "iscrizione *on line*" agli eventi il cui risultato atteso è l'utilizzo della funzione "iscrizione *on line*" per almeno 5 eventi RES entro il 31.12.2020 in relazione all'uso del nuovo gestionale della formazione;

#### **TARIFFARIO REGIONALE E GESTIONE DELLE DOCENZE**

Al fine di superare le difformità presenti tra le varie realtà aziendali, anche in relazione al riassetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle risultanze dei lavori svolti sul tema dal tavolo di lavoro costituito, nel 2020 la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità elaborerà linee di indirizzo per l'affidamento degli incarichi di docenza ed il relativo pagamento.

#### **DOSSIER FORMATIVO**

Il dossier formativo di gruppo, già contemplato nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 2 febbraio 2017, deve essere considerato come strumento di programmazione che contempera il bisogno formativo dei professionisti con le esigenze organizzative e gli obiettivi aziendali. Nel 2020 si prevede di attivare un tavolo di lavoro sul tema.

#### **ORGANI DEL SISTEMA REGIONALE ECM**

Nel terzo quadrimestre 2019 è stata nominata la nuova Commissione regionale per la formazione continua e l'ECM. Per il 2020 si prevede di ricostituire anche gli altri organi previsti dal Regolamento regionale in materia emanato con D.P.Reg 96/2019, a partire dall'Osservatorio per la qualità della formazione stante il ruolo strategico dallo stesso assunto nel sistema della *governance*.

#### **FORMAZIONE MANAGERIALE E FORMAZIONE SPECIALISTICA TECNICO – AMMINISTRATIVA**

L'individuazione di competenze di livello specialistico richieste ai professionisti che esercitano funzioni di direzione (generale, sanitaria, amministrativa e tecnico – professionale) presuppone la ricognizione del fabbisogno formativo e la conseguente erogazione di corsi che consentano di acquisire le competenze necessarie al governo strategico di un sistema complesso come quello sanitario.

La nuova *governance* del SSR, che prevede aziende importanti, sia per dimensioni che per complessità, richiede che anche il middle management partecipino a percorsi formativi che verranno sviluppati sulle tematiche inerenti il *change management*, la *leadership*, la gestione dei processi o altri temi strategici di carattere individuati dalla Direzione salute, politiche sociali e disabilità.

La realizzazione dei predetti corsi è affidata all'ARCS e sarà oggetto di specifica linea di finanziamento per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione.

Nel 2020 proseguiranno i corsi per direttori di struttura complessa secondo la normativa vigente al fine di garantire risposte al fabbisogno rilevato all'interno del sistema sanitario regionale. La realizzazione dei medesimi sarà affidata all'ARCS o ad altro ente del Servizio sanitario regionale.

#### **PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE**

Lo strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM è il Piano regionale della formazione (PFR) nel quale sono sviluppate le tematiche strategiche individuate dal presente documento. Il PFR viene adottato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ed integrato in corso d'anno.

I percorsi formativi ivi previsti saranno realizzati dall'ARCS o da altro ente indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza TRIMESTRALE. I relativi costi sono coperti da specifico finanziamento previsto nelle c.d. sovraziendali.

La Relazione annuale regionale adottata dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità rappresenta gli esiti delle attività formative realizzate ed il grado di raggiungimento degli obiettivi nel campo della formazione continua e dell'educazione continua in medicina promosse dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Al fine di raccogliere ed elaborare in maniera efficace i dati propedeutici alla elaborazione della relazione annuale nel 2020 si prevede la messa a punto dell'applicativo di reportistica.

Accreditamento dei provider: la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità procede, sulla base degli esiti dell'attività istruttoria, all'accREDITAMENTO istituzionale dei provider tenuto conto dei requisiti posseduti in conformità ai vigenti regolamenti.

Osservatori della qualità della formazione: le attività previste dal decreto del Direttore centrale n. 276/2018 relativamente alle visite di valutazione dei requisiti di qualità in corso di evento formativo proseguiranno secondo le modalità proposte dall'Osservatorio per la qualità della formazione continua.

I *provider* regionali, nella gestione complessiva delle attività formative, si uniformano a quanto previsto dai documenti regionali e provvedono, nel rispetto del format predisposto, alla stesura del Piano formativo annuale.

Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2020, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2018 entro il 31 maggio 2020.

## TEMATICHE PRIORITARIE DI FORMAZIONE

Nel 2020 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene iniziative formative finalizzate a perseguire gli obiettivi di programmazione contenuti nel presente documento con riferimento alle varie aree di intervento, tra le quali si sviluppano:

1. la gestione del cambiamento del sistema sanitario regionale, sia di assetto che di processo;
2. la realizzazione dei programmi di umanizzazione delle cure e di valorizzazione della dignità della persona;
3. la valorizzazione e qualificazione delle competenze manageriali della dirigenza apicale sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale e la formazione alla *leadership*<sup>1</sup>;
4. lo sviluppo dei quadri intermedi;
5. la valorizzazione del lavoro di rete e la costruzione e diffusione dei PDTA;
6. lo sviluppo ed il sostegno di percorsi legati all'emergenza –urgenza, alla cronicità ed alla fragilità;
7. lo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, facilitatori) e per tutte le tipologie formative (formazione residenziale, formazione sul campo, formazione a distanza) al fine di garantire un alto livello di qualità del sistema formativo regionale.

## CEFORMED

Nelle more dell'incardinamento di Ceformed - in esito al percorso legislativo di riforma e ai conseguenti atti deliberativi - in seno all'Azienda regionale di coordinamento per la salute, pur nel mantenimento della propria sede operativa tradizionale, le attività formative 2020 andranno organizzate secondo le seguenti indicazioni.

---

<sup>1</sup> Se il *management* si occupa di attività di programmazione, gestione, direzione, controllo ecc. (attività improntate all'efficienza ed all'efficacia dei processi), la formazione in tema di *leadership* è determinante per lo sviluppo di competenze relative alla gestione, formazione e sviluppo delle risorse umane e dei *team* di lavoro e di competenze riflessive e auto valutative.

Proseguono le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale, per cui è previsto un ulteriore progressivo aumento di discenti/anno (da portare a 80 a partire dal corso triennale 2020-2022, che verrà bandito entro il 2020, e per ogni anno per i successivi due corsi). Si intende in tal modo ovviare alla prevista carenza di medici generali che si realizzerebbe, senza questa opportuna misura correttiva, in esito al pensionamento di una consistente percentuale di quanti oggi svolgano tale attività professionale. Pertanto, il finanziamento delle attività tiene conto di tale progressività sia per gli oneri conseguenti all'aumento del numero di borse di studio, sia per gli oneri organizzativi e didattici. Andranno peraltro reperite ulteriori strutture atte a garantire le attività didattiche d'aula, anche in altre sedi oltre a quella tradizionale del presidio San Polo di Monfalcone, per consentire lo svolgimento delle attività, in contemporanea, ad un più elevato numero di classi. Inoltre, anche il personale di segreteria dovrà essere rafforzato per far fronte al maggior carico di lavoro che l'aumento di discenti comporta.

L'organizzazione delle attività formative (nell'ambito della c.d. formazione permanente) prevede la conferma del modello organizzativo basato sulle riunioni mensili di AFT, sedi privilegiate di monitoraggio e di confronto tra pari su obiettivi, indicatori, percorsi, risultati, incentivando iniziative di confronto interdisciplinare e interprofessionale.

Compete a Ceformed l'organizzazione delle iniziative formative previste per UDMG/coordinatori di AFT ed il coordinamento complessivo dell'insieme di attività che si esplicano attraverso le AFT su tutto il territorio regionale.

Anche per garantire le opportune economie di scala nell'attivazione del SCA nelle giornate di formazione, si conferma la necessità di un calendario unico regionale per l'insieme di iniziative regionali / aziendali / distrettuali / di AFT, con un modello basato su:

- una o due giornate congressuali regionali (per otto ore di formazione ciascuna) su temi di rilievo generale;
- una o due giornate aziendali (per otto ore di formazione ciascuna) su temi di rilievo aziendale;
- sei mezza giornate (per quattro ore di formazione ciascuna) da svolgere in seno a ciascuna AFT (prevedendo se del caso anche iniziative distrettuali che coinvolgano più AFT).

L'offerta complessiva deve quindi essere non inferiore all'obbligo minimo di 40 ore previsto negli Accordi Collettivi Nazionali, articolandosi in 10-16 mezza giornate/anno (considerando come due mezza giornate gli eventi formativi di una giornata intera).

A cura di ogni Azienda e con il supporto di Ceformed le attività formative di AFT (audit, formazione tra pari) vanno accreditate come FSC, anche per rendere coerente l'offerta formativa con la necessità di concorrere alla copertura del debito formativo in termini di crediti ECM.

Le tematiche prioritarie sono quelle tipiche delle attività territoriali/distrettuali (si rimanda a tale proposito a quanto previsto nel relativo capitolo delle presenti Linee), che hanno riguardo dei fenomeni inerenti la multimorbilità, la complessità, la fragilità, la stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità d'iniziativa.

Ceformed curerà altresì l'organizzazione di ogni altra iniziativa pertinente al mandato eventualmente prevista, in primis il Corso di formazione per Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale.

## ALLEGATO A – 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 DCS di individuare i valori specifici da attribuire alle singole aziende del sistema per gli indicatori individuati.

<b>N.</b>	<b>Definizione</b>	<b>Standard Obiettivo</b>
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 ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥ 98% del 3% delle aziende
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%



14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i $\leq$ 115
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani $\geq$ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	$\geq$ 3,8%
16	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	$>$ 1
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti ( $\geq$ 65 anni)	$\leq$ 24
18	ASSISTENZA FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	$\leq$ 30 %
19	ASSISTENZA FARMACEUTICA Consumo pro -capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	$\geq$ 10
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq$ 38%
22	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	$\leq$ 0,32
23	Percentuale parti cesarei	$<$ 20%
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	$>$ 70%
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$\leq$ 20'

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE