

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 144 DEL 5 FEBBRAIO 2021

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2021**

## Sommario

Lo scenario.....	4
1. GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID .....	4
2. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA .....	6
2.1 Piano regionale prevenzione 2020 -2025.....	6
2.2 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia .....	7
2.3 Screening neonatali .....	8
2.4 Prevenzione degli incidenti domestici e stradali .....	9
2.5 Promozione dell'attività fisica nella popolazione.....	9
2.6 Promozione della salute nelle scuole .....	9
2.7 Promozione della salute nei luoghi di lavoro .....	9
2.8 Salute e sicurezza nei comparti a maggior rischio.....	10
2.9 Miglioramento di sorveglianza .....	10
2.10 Ambiente e salute.....	11
2.11 Malattie infettive prioritarie.....	11
2.12 Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario.....	12
2.13 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile.....	12
2.14 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare .....	13
3. ASSISTENZA PRIMARIA.....	14
3.1 Assistenza distrettuale.....	14
3.2 Cure intermedie.....	16
3.3 Disturbi dello Spettro Autistico .....	17
3.4 Disturbi del comportamento alimentare (DCA) .....	17
3.5 Sanità penitenziaria .....	18
3.6 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari .....	19
3.7 Rete Cure palliative e terapia del dolore.....	19
3.8 Odontoiatria pubblica.....	20
3.9 Consultori familiari .....	21
4. INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA.....	23
4.1 Non autosufficienza .....	23
4.2 Anziani .....	24
4.3 Disabilità .....	27
4.4 Minori .....	28
4.5 Salute mentale.....	30
4.6 Dipendenze.....	31
4.7 Area Welfare.....	33

5.	RAPPORTI CON GLI ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP .....	34
6.	ASSISTENZA OSPEDALIERA .....	37
6.1	Attività ospedaliera .....	37
6.2	Indicatori Emergenza urgenza .....	38
6.3	Trapianto e donazione.....	39
6.4	Infertilità .....	39
6.5	Governo clinico e Reti di patologia.....	40
6.6	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG .....	40
6.7	Percorso nascita .....	41
6.8	Pediatria.....	42
6.9	Sangue ed emocomponenti.....	42
6.10	Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH .....	43
6.11	Accreditamento .....	45
7.	ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA.....	46
7.1	Tetti spesa farmaceutica .....	46
7.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva .....	46
7.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale .....	47
7.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari.....	48
7.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita.....	48
7.6	Attività centralizzate – ARCS .....	48
7.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali.....	50
7.8	Assistenza integrativa.....	51
7.9	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica .....	51
7.10	Farmacovigilanza .....	53
8.	SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY .....	54
8.1	Sistema informativo di gestione della formazione.....	55
8.2	Sistema informativo dei distretti.....	55
8.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato .....	56
8.4	Telemedicina .....	56
8.5	Ricetta e piano terapeutico dematerializzato .....	57
8.6	Linee guida integrazione Asset.....	57
8.7	Piattaforma di integrazione.....	57
8.8	Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico .....	58
8.9	Censimento apparecchiature .....	58
8.10	Privacy in Sanità.....	58
8.11	PACS.....	59
9.	FLUSSI INFORMATIVI, GESTIONE CONTABILE E DELLE RISORSE MATERIALI .....	62

9.1	Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, contabili, epidemiologici, e in generale, gestionali .....	62
9.2	Applicativo SIASI e trattamento dei dati .....	62
9.3	Anagrafe Nazionale Assistiti .....	63
9.4	Governo e monitoraggio delle prestazioni di cura autorizzate all'estero .....	63
9.5	Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini .....	64
9.6	Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale .....	65
9.7	Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi .....	66
10.	GLI INVESTIMENTI.....	67
10.1	Stanziamenti in conto capitale per il triennio 2021-2023 .....	67
10.2	Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti .....	70
10.3	Altre disposizioni .....	70
11.	LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE .....	73
11.1	Quadro di riferimento .....	73
11.2	Emergenza COVID-19 .....	77
11.3	Altre Tematiche .....	79
11.4	Monitoraggio .....	79
11.5	Formazione continua ed ECM .....	79
12.	ORGANIZZAZIONE DEGLI ENTI E GOVERNO DELLE ATTIVITÀ.....	87
12.1	Atti aziendali.....	87
12.2	Erogazione di prestazioni sanitarie, gestione della pandemia di COVID-19 e contenimento dei tempi di attesa .....	87
13.	LE RISORSE FINANZIARIE.....	92
13.1	Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2021.....	92
13.2	Finanziamento per popolazione e per funzioni.....	92
13.3	Gestione attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. sovraziendali).....	97
14.	LE REGOLE GESTIONALI .....	101
14.1	Vincoli gestionali.....	101
14.2	Regole metodologiche di gestione .....	103

## Lo scenario

La pandemia di SARS-CoV-2 che si è propagata nell'anno 2020, e che tuttora determina l'azione dei sistemi sanitari regionali, ha imposto nuove priorità organizzative e di obiettivi indirizzate al contenimento e alla gestione sanitaria della pandemia con adozione di misure straordinarie. Tutto ciò ha condizionato gravemente processi decisionali e organizzativi, che nell'anno 2020 hanno dovuto orientarsi a perseguire obiettivi diversi rispetto a quanto era stato precedentemente programmato. È peraltro, stata avviata ed è tuttora in corso anche nella regione Friuli Venezia Giulia la campagna vaccinale straordinaria di contrasto all'epidemia da COVID-19, in stretto raccordo con il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 (ex art. 122 del d.l. n. 18/2020), secondo quanto prevede il Piano vaccinale COVID-19 del 16 dicembre 2020 di cui ha preso atto la Conferenza Stato-Regioni (doc. n. 235/Csr del 17 dicembre 2020).

La complessa gestione della situazione pandemica nell'attuale stato emergenziale, appena prorogato a tutto il mese di aprile dal recente decreto-legge n. 2 del 14 gennaio 2021, ha condizionato gravemente le attività nell'anno 2020 ostacolandone svolgimento e raggiungimento degli obiettivi programmati. Per il contenimento e la gestione della pandemia la normativa emergenziale statale (tra cui, in particolare, i decreti-legge nn. 18, 34 e 104 del 2020) ha reso disponibili risorse e misure straordinarie da utilizzarsi sulla base di una programmazione altrettanto straordinaria da approvarsi in sede regionale. Gli ulteriori e straordinari strumenti programmatori regionali richiesti dall'emergenza sono il Piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, il Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale e il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, riassunti ed inclusi nel generale Programma operativo regionale per la gestione dell'emergenza da COVID-19. Tutti gli strumenti programmatori straordinari richiesti sono stati approvati dalla Giunta regionale (delibere della Giunta regionale nn. 1224 del 7.8.2020, 1369 dell'11.9.2020, n. 1565 e 1568 del 23.10.2020, 1673 del 13.11.2020, 1876 dell'11.12.2020) e nel corso dell'anno 2020 si è avviata la loro attuazione. Tale attuazione necessariamente prosegue anche nell'anno 2021 rafforzando l'azione regionale sanitaria di contrasto e gestione della pandemia di COVID 19, e tutto ciò condiziona l'azione di tutti gli enti sanitari regionali in relazione a tutte le attività gestite. L'obiettivo del SSN, e del SSR, per il 2021 rimane quello di assicurare le attività di contrasto alla pandemia garantendo anche le attività sanitarie istituzionali specifiche, pur nella consapevolezza dell'incertezza che attualmente contraddistingue l'andamento pandemico, con necessità di monitorare tale andamento e adeguare, dove necessario, la programmazione in corso di esercizio.

Richiamato il contesto riassunto nella parte che descrive lo scenario e tenuto conto delle risorse a disposizione del SSR, la programmazione annuale 2021 degli enti del Servizio sanitario regionale si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali.

### 1. GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID

L'epidemia da COVID-19, ha rappresentato un evento ed una sfida senza precedenti nella storia del Servizio Sanitario regionale e ha comportato una significativa modifica alle priorità e agli indirizzi della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, come definiti nei documenti di programmazione per l'anno 2020.

Importanti riflessi si sono riverberati sugli obiettivi di performance per l'anno 2020 definiti prima che si propagasse la pandemia, e su una nuova organizzazione delle Strutture che hanno riorientato l'attività verso interventi aggiuntivi, urgenti e inderogabili, il cui svolgimento è risultato e risulta attualmente come prioritario. La gestione dell'epidemia ha inoltre comportato la necessità di avviare una riorganizzazione dell'offerta di attività di ricovero in aree ad alta intensità di cure (Terapie Intensive - T.I.), in aree di cure semintensive (T.S.) nonché in aree internistiche (in particolare Infettivologia e Pneumologia) al fine di rafforzare la risposta del Servizio Sanitario Regionale all'emergenza epidemica come da indicazioni ministeriali.

L'emergenza sanitaria ha messo in evidenza e accentuato il bisogno di una presa in carico globale e

multidimensionale delle persone, in particolar modo quando riconducibili a situazioni di fragilità. È risultata evidente la necessità di rendere maggiormente efficaci le strategie e i modelli di risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza domiciliare conseguente sia agli esiti dell'emergenza epidemiologica, ma anche al graduale riavvio delle attività ordinarie di assistenza territoriale, nonché al significativo rallentamento della capacità di risposta delle strutture residenziali, in particolare di quelle destinate all'accoglimento di anziani non autosufficienti.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha enfatizzato la debolezza dell'architettura dell'assetto organizzativo e del sistema di regolazione delle interdipendenze tra i diversi attori della rete dei servizi (sia formali che informali) coinvolti nei diversi livelli e nelle diverse dimensioni della presa in carico, sia sanitaria, sociosanitaria, sociale e socioassistenziale.

In questo contesto si è reso e si rende necessario l'avvio e il consolidamento di un percorso di potenziamento della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale con l'innovazione dei servizi territoriali e dei sistemi di presa in carico dei cittadini con problemi di salute e dei soggetti fragili, in coerenza con quanto previsto dalla LR 22/2019 anche al fine di perseguire e rilanciare l'obiettivo strategico regionale di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e favorire la permanenza delle persone nel proprio contesto di vita.

La pandemia in atto ha evidenziato il ruolo centrale dei Dipartimenti di Prevenzione che devono essere valorizzati e che necessitano di una riorganizzazione anche uniformando le procedure sull'intero territorio regionale per assicurare la presa in carico dei soggetti positivi, il *contact tracing*, la sorveglianza e, non da ultimo le vaccinazioni. Come già descritto nel capitolo 1 la Regione, in ottemperanza alle indicazioni normative, ha adottato il Programma operativo per la gestione dell'emergenza dal COVID-19 (DGR n. 1568 del 23 ottobre 2020 e s.m.i.); parte integrante del Programma sono il *Piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera* e il *Piano regionale di assistenza territoriale*.

Nel corso del 2021 le Aziende sanitarie assicurano la piena attuazione ai contenuti del Programma operativo e l'adozione di tutte le misure necessarie a garantire il monitoraggio e la rendicontazione delle attività svolte e dei costi sostenuti.

Inoltre, le Aziende Sanitarie garantiranno le attività per assicurare lo svolgimento della campagna vaccinale anti SARS CoV-2 secondo le modalità previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2/COVID 19 e successive indicazioni ministeriali e regionali assicurando la somministrazione sulla base delle indicazioni ricevute sia per quanto riguarda le categorie individuate che le modalità operative.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Attuazione del Piano regionale di assistenza territoriale	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare</li> <li>- Attività delle USCA</li> <li>- Avvio delle Centrali operative territoriali</li> <li>- Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche)</li> <li>- Utilizzo personale</li> </ul>
Attuazione del Piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica</li> <li>- Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione</li> </ul>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergenza territoriale – Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili</li> <li>- Utilizzo del personale</li> </ul>
Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate.
Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali
Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagini e di gestione dei contatti	Assicurare gli standard di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al <i>contact-tracing</i>: <b>&gt;= 1 per 10.000 ab.</b></li> <li>- Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati: <b>&gt;= 98%.</b></li> </ul>

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 17 della LR 18 maggio 2020, n. 9, la DGR 10 luglio 2020, n. 1028 "Linee guida per l'adozione dei **piani territoriali** per la riorganizzazione e gestione in sicurezza dei servizi e degli interventi per la disabilità dal rischio di contagio da COVID-19" ha fornito gli indirizzi per la stesura dei piani territoriali per la riorganizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi, relativi all'offerta sociosanitaria territoriale per la disabilità, finalizzati a garantire da un lato la continuità della presa in carico delle persone con disabilità e dall'altro l'attuazione delle misure volte alla prevenzione e al contrasto del rischio di contagio. Con DGR n. 1279 del 21 agosto 2020 sono stati approvati i piani territoriali presentati dalle Aziende sanitarie.

Piani territoriali Covid – 19	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione circa l'attuazione dei piani territoriali	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste.

## 2. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

### 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 ha il compito di elaborare, tenendo conto della realtà territoriale, il nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020 -2025, individuando i programmi, gli obiettivi e le azioni di promozione della salute e prevenzione, i sistemi di monitoraggio in linea con le indicazioni nazionali, in continuità con le linee strategiche previste e monitorate nel precedente PRP.

Per le linee e programmi del futuro PRP, individuate dalla DCS, dovranno essere resi disponibili i referenti ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS per la partecipazione ai lavori di stesura e di realizzazione del PRP

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare alla stesura e realizzazione dei programmi dei PRP	Individuazione dei referenti di programma, partecipazione alle attività regionali

## 2.2 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia

Le aziende, con il supporto statistico epidemiologico di ARCS monitorano il raggiungimento degli indicatori previsti. Le Aziende applicano il protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020.

Lo screening alla mammella nel 2020 è stato esteso alla classe di età 45-49 anni.

Nel 2021 ARCS definisce formalmente i percorsi già in essere di formazione, accreditamento e di monitoraggio della performance degli operatori impegnati nei programmi organizzati di screening oncologico, assicurando il rispetto degli standard già richiamati. ARCS garantisce continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili, garantendo la transizione da un aggiudicatario di gara al successivo.

### CERVICE UTERINA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
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 anni.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ASUGI</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 ASUGI</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>
Le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gli ambulatori di prelievo dispongono 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: Fornisce il proprio servizio alla Direzione Centrale Salute per il mantenimento della logistica di supporto allo screening cervicale e mammografico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione delle agende del primo livello dello screening mammografico e cervicale, assicurati i corretti tempi di chiamata</li> <li>- Mantenere sul CUPWEB il centro prelievi dello screening cervicale</li> </ul>
Adesione allo screening della cervice uterina	% di adesione $\geq$ 60%
Recuperare gli inviti non effettuati nel 2020 a causa della sospensione per emergenza COVID	Le Aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuate nel 2020 entro giugno 2021 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2021

### MAMMELLA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le aziende sanitarie:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetto dei requisiti check-list DCS</li> <li>- Collaborazione con ARCS e con la ditta aggiudicataria dell'appalto nei sopralluoghi di controllo delle sedi di attività</li> </ul>
ARCS: organizzazione e realizzazione dell'attività di controllo delle sedi di attività	Evidenza effettuazione sopralluoghi in ogni sede di erogazione salvo la preventiva conoscenza del rispetto dei requisiti
Tutte le aziende che svolgono attività di 2° livello per lo screening mammografico	- 100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Formazione dei radiologi da inserire nel pool dei radiologi di screening	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale
Tutte le aziende con unità senologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello &lt;= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello &gt;=80%</li> <li>- Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente &gt;= 95%</li> <li>- %dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg &gt;= 95%</li> <li>Tempo medio giorni tra data indicazione clinica (data esito positivo II liv) e intervento chirurgico &lt;= 30gg</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>
Adesione allo screening della mammella	% di adesione >= 64%

### COLON RETTO

<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
<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 &gt;=95%</li> <li>- % dei casi con tempi tra fobt e colonscopia (% entro 30gg)&gt;=95%</li> </ul>
Adesione allo screening del colon	% di adesione >= 60%

### 2.3 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.

<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p><i>IRCCS Burlo Garofolo</i></p> <p>coordinamento del programma di screening regionale uditivo, visivo, metabolico esteso, e dell'individuazione precoce di ipotiroidismo, fenilchetonuria e fibrosi cistica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entro il 30/3/2021: Individuazione e comunicazione alla Direzione centrale salute del nominativo del referente aziendale per il coordinamento dei programmi di screening</li> <li>- Entro il 30/6/2021: Individuazione degli indicatori di processo per ognuno dei programmi e comunicazione alla Direzione centrale salute</li> <li>- Entro 31/12/2021: Revisione/aggiornamento delle procedure per screening visivo, uditivo e screening obbligatori</li> <li>- Entro 31/12/2021: Report alla Direzione centrale salute sullo stato di attuazione dei programmi di screening regionali e sui dati di efficienza dei processi</li> <li>- Entro 31/12/2021: evento formativo sui programmi di screening per gli operatori regionali coinvolti</li> </ul>
<p><i>Tutte le Aziende</i></p> <p>Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali assicurando il flusso informativo previsto al coordinamento</p>	Flusso informativo 100%

## 2.4 Prevenzione degli incidenti domestici e stradali

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.

Coerentemente con i provvedimenti che individuano nell'IMFR Gervasutta quale centro di riferimento per l'attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale, ASUFC assicura altresì la valutazione strumentale della forza ai quattro arti e dei tempi di azione e reazione alla guida nei soggetti affetti da minorazioni degli arti e da patologie, prevalentemente neurologiche, con ripercussioni sui quattro arti, in tutti i casi in cui lo richiedano le Commissioni Mediche Locali della Regione.

## 2.5 Promozione dell'attività fisica nella popolazione

Le aziende sanitarie riconoscendo il valore dell'attività fisica, partecipano, con i referenti di promozione della salute individuati, ai lavori del gruppo regionale, implementano programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età; realizzano percorsi di attività fisica adattata in presenza di fattori di rischio, o condizioni di fragilità.

## 2.6 Promozione della salute nelle scuole

Le aziende partecipano con i referenti individuati alle attività del tavolo regionale, in accordo con i referenti dell'ufficio scolastico regionale, per lo sviluppo della rete regionale di scuole che promuovono salute; concorrono alla realizzazione del documento regionale per le scuole di pratiche raccomandate, promuovono, sostengono e realizzano i progetti validati nelle scuole.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di progetti di promozione della salute nelle scuole e promozione dell'attività fisica nella comunità	Partecipazione dei referenti ai Tavoli Tecnici Regionali per la promozione dell'attività fisica e di scuole che promuovono salute
Disponibilità di percorsi di attività fisica adattata	Attivazione di almeno un percorso
Disponibilità di un documento regionale di buone pratiche per le scuole	Partecipazione alla stesura del documento regionale

## 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 prosecuzione dei progetti mirati all'inclusione sociale.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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

Partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia"	- 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) - Eventuale incremento della rete delle imprese aderenti al programma in relazione all'andamento della pandemia (attualmente 15 imprese aderenti).
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.	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 (il numero dei corsi verrà definito in relazione all'andamento della pandemia).

## 2.8 Salute e 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. Gli interventi verranno inoltre mirati all'assistenza delle imprese per la prevenzione del contagio da SARS CoV2 nel contesto produttivo.

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:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale, tenendo conto della riduzione delle attività conseguente all'epidemia da SARS CoV2.	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione (la percentuale potrà essere modificata tenendo conto di quanto verrà definito a livello nazionale in considerazione della pandemia in corso). - 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 del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2020. -Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale
CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS 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	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.

## 2.9 Miglioramento di sorveglianza

Nel 2021 i sistemi di sorveglianza, sospesi a causa dall'emergenza Covid, saranno riportati a regime nella rete della sanità pubblica regionale.

Il modulo Covid inserito nei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, con l'obiettivo di ottenere informazioni sull'impatto di questa emergenza sanitaria sulla popolazione adulta e anziana, nel medio e lungo periodo, per cogliere i cambiamenti nella salute, nella fruizione dei servizi sanitari, nei determinanti socio-economici, negli stili di vita e nei comportamenti che la crisi legata al COVID potrà comportare, ma anche per monitorare la percezione del rischio, l'adozione delle misure di prevenzione del contagio, la fiducia nelle istituzioni sul territorio nella gestione dell'emergenza.

Dovranno essere assicurate da parte di tutte le Aziende le attività previste dai programmi nazionali finalizzate a

facilitare la realizzazione delle interviste telefoniche, affidate al call center regionale ed alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, la popolazione generale, i caregiver, e gli stakeholder anche attraverso i portali aziendali.

## 2.10 Ambiente e salute.

Tra gli obiettivi/attività da consolidare, vi è 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 sicurezza chimica di cui al 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 di campionamenti secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e successiva adozione da parte della DCS.
Partecipazione ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS per la stesura di linee guida su criteri e indicatori da adottare per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici.	Nomina di un referente aziendale. Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.
Sorveglianza acque potabili - Nell'ambito del potenziamento delle azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque potabili attraverso la l'adozione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA) da parte dei gestori, garantire la partecipazione dell'Azienda Sanitaria ai tavoli di lavoro promossi dalla DCS al fine di favorire un approccio proattivo alla sorveglianza basato sulla valutazione e gestione del rischio.	Nomina di un referente aziendale in possesso di formazione specifica per team leader per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA). Partecipazione almeno al 90% degli incontri di lavoro organizzati dalla DCS.
Garantire un numero di controlli coerenti con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate con particolare attenzione ai progetti di cooperazione con le Dogane e di controllo sulle vendite on line di prodotti.	Almeno 6 imprese controllate per ciascuna Azienda Sanitaria.

## 2.11 Malattie infettive prioritarie

L'emergenza Covid-19 ha fatto comprendere come, a livello globale, gli agenti infettivi continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte, ma anche che la *preparedness* nelle emergenze di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento deve far fronte anche all'impatto molto elevato che queste emergenze possono avere sulle altre attività di prevenzione come le vaccinazioni. La riduzione generale delle normali attività vaccinali, sia per lo spostamento di risorse di personale verso le attività di controllo della pandemia, sia per le misure di distanziamento sociale imposte alla popolazione, hanno portato nuovamente a creare lacune immunitarie faticosamente recuperate nel periodo successivo all'introduzione della legge sull'obbligo vaccinale. Pertanto il recupero dei non vaccinati assume carattere prioritario, dovranno essere intraprese attività straordinarie anche per recuperare le lacune immunitarie (pneumococco, herpes zoster) nella popolazione anziana che rappresenta la fascia di popolazione particolarmente a rischio.

La campagna vaccinale antinfluenzale 2020/2021 in corso di pandemia Covid-19, ha messo in evidenza quanto l'approvvigionamento dei vaccini sia strettamente correlato alla preventiva programmazione strategica del fabbisogno sulla base dei dati epidemiologici regionali.

Anche il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica, è auspicabile la realizzazione, a

livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio *One Health*, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale.	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2021)
Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Migliorare le coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza: - Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi - MMR (1 <sup>a</sup> e 2 <sup>a</sup> dose) - Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020: (40%) - Vaccinazione antipertosse (dTap) donne in gravidanza: (15%)
Campagna vaccinale antinfluenzale 2021 2022	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2021
Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura del Piano pandemico Pan Flu regionale

## 2.12 Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario

Il monitoraggio del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (*One Health*) è un obiettivo strategico del Ministero salute nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Al fine di promuovere l'uso appropriato degli antibiotici vengono individuati i seguenti obiettivi:

"Utilizzando come strumento di verifica la check-list di farmacosorveglianza ministeriale, le ASL promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% degli allevamenti aderiscono alle indicazioni sull'utilizzo degli antimicrobici secondo le "linee guida" promosse dal Ministero della Salute.

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, verrà valutato negativamente lo scostamento superiore al dato medio di consumo nazionale.

Di seguito si indicano gli specifici obiettivi aziendali proposti per l'anno 2021 con il relativo risultato atteso:

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
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

## 2.13 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.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
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 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 2021 in ogni Azienda

## 2.14 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare

La Regione FVG dispone di un sistema di sorveglianza epidemiologica che rappresenta uno strumento essenziale per la pianificazione, la realizzazione e la verifica di programmi sanitari in tema di sicurezza alimentare e salute animale.

Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione rientrano anche i Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria che hanno la funzione di supporto alle attività di pianificazione e gestione delle azioni di sorveglianza epidemiologica coordinate dal Servizio veterinario regionale.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2021
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 2021 - il n. audit per settore programmati per il 2021 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2021 - 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 31/12/2021, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)
Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Applicare il protocollo PPL malghe 2021 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2021. - Trasmettere entro il 31/01/2022 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Sistema informativo SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 194/2008, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)
Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	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)
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	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute
Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
Genotipizzazione arieti per Scrapie .	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 31/12/2021
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

### 3. ASSISTENZA PRIMARIA

Il percorso regionale per la presa in carico a livello distrettuale di persone affette da patologie croniche e da comorbidità ad alto rischio di complicanze gravi prevede l'individuazione dei soggetti fragili attraverso la stratificazione della popolazione per complessità/fragilità sulla base dello strumento ACG (*Adjusted Clinical Groups*).

Una volta identificati i gruppi di soggetti con bisogni assistenziali più complessi, tale stratificazione viene strutturata per ogni singola AFT e per singolo MMG e sottoposta ad audit per conseguente validazione allo scopo di attivare specifici programmi di presa in carico da parte del medico di medicina generale.

Tale approccio consente l'incremento dell'integrazione funzionale dell'attività distrettuale con quella dei medici di medicina generale e con sviluppo delle forme di coordinamento, controllo e vigilanza sull'assistenza primaria nonché il rafforzamento dell'assistenza territoriale, in particolare per mezzo di cure indirizzate a pazienti fragili, con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG	Aziende: Identificazione dei data manager aziendali Identificazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento (Almeno 1 per distretto) Partecipazione dei referenti e data manager alla formazione specifica ARCS: organizzazione della formazione per data manager e per referenti aziendali

#### 3.1 Assistenza distrettuale

Con la DGR 1883/2012 è stato preso atto dell'articolazione organizzativa dell'assistenza primaria della medicina

generale in ambiti territoriali in attuazione di quanto previsto dall'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dell'Accordo Integrativo Regionale per i medici di medicina generale dd. 6.12.2011, reso esecutivo con DGR 2470/2011, in base ai quali le Aziende sanitarie, sentiti i Comuni interessati e il Comitato aziendale, hanno definito gli ambiti territoriali dell'assistenza primaria. Considerato che con DGR 97/2019 sono stati approvati gli ambiti territoriali per la gestione associata del Servizio sociale dei Comuni e che le Aziende hanno provveduto ad articolare i propri ambiti territoriali in Distretti ai sensi dell'art. 6 della L.R. 17 dicembre 2018, n. 27 sulla ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale e che tale riorganizzazione incide anche sull'articolazione degli ambiti dell'assistenza primaria disciplinati dall'ACN, si rende necessario procedere ad una ricognizione complessiva degli ambiti dell'assistenza primaria che tenga conto delle modifiche intervenute nel tempo dopo la DGR 1883/2012 e della ridefinizione conseguente al recente riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale ai fini dell'aggiornamento del provvedimento regionale di articolazione a livello organizzativo dell'assistenza primaria.

Come anticipato con la nota prot. 29888 dd. 28.12.2020 del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, le Aziende dovranno pertanto procedere a adottare i provvedimenti aziendali recanti la revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria definiti sulla base dei criteri di cui all'art. 33 dell'ACN e dell'AIR dd. 6.12.2011, reso esecutivo con DGR 2470/2011, sentito il Comitato Aziendale ex art. 23 ACN, e a trasmetterli alla DCS in tempo utile per non pregiudicare le procedure per la copertura degli incarichi vacanti per l'anno 2021.

Con la DGR 1737 del 20.11.2020 è stata resa esecutiva l'Intesa per la disciplina dei rapporti biennio 2020-2021 e delle attività connesse all'emergenza epidemiologica da covid-19 sottoscritta il 18.11.2020 la quale prevede tematiche prioritarie professionalizzanti da trattare tipiche delle attività territoriali/distrettuali, che riguardano i 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 proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.

È prevista per ogni MMG la presa in carico di una coorte di assistiti affetti da patologie croniche e da comorbilità ad alto rischio di complicanze gravi definita utilizzando lo strumento denominato ACG attraverso la selezione degli assistiti a cui il sistema ha assegnato le classi RUB 4 e 5; la stratificazione della popolazione di riferimento per complessità/fragilità dovrà essere strutturata per ogni singola AFT e per singolo MMG e sottoposta ad audit per conseguente validazione.

Per ognuna delle persone appartenenti alla popolazione target come sopra identificata, il MMG completerà il programma vaccinale, metterà a disposizione del Sistema Sanitario Regionale le informazioni del *Patient Summary* per il Fascicolo Sanitario Elettronico (attivato dal cittadino ed accessibile agli altri operatori sanitari su Sesamo) ed effettuerà mediante una apposita scheda sul Portale di continuità della Cura il monitoraggio periodico delle loro condizioni di salute.

Con l'Intesa viene dato quindi impulso in regione ad un percorso di medicina proattiva per la presa in carico di persone ad alto rischio di complicanze gravi che rappresenta un modello innovativo nel panorama nazionale per contestualizzare e concretizzare il ruolo del MMG nella gestione della cronicità.

Le Aziende sono tenute, per quanto di competenza, ad applicare direttamente gli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e gli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie nonché a dare seguito agli adempimenti attuativi dei relativi Accordi Integrativi Regionali resi esecutivi con DGR.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria	Entro il 31.01.2021 ASUGI, ASUIUD e ASFO adottano e trasmettono tempestivamente alla DCS i provvedimenti aziendali recanti la revisione degli ambiti territoriali di assistenza primaria inviando in ogni caso l'articolazione vigente degli ambiti.
Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro i termini previsti da ACN.
Sistemi di valutazione MMG	La valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG viene effettuata in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN entro il 30 aprile.
Riallocazione delle quote attualmente inutilizzate per i MMG entro il tetto economico sostenuto al 31.12.2013 complessivamente per le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio.	Autorizzazione diretta all'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità entro il 31.03.2021
Istituzione delle AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie	individuare ed istituire le AFT degli Specialisti Ambulatoriali interni e medici veterinari ed altre professionalità sanitarie con definizione del Regolamento per il funzionamento interno di AFT entro il 31.03.2021.

### 3.2 Cure intermedie

Le degenze intermedie distrettuali necessitano di un potenziamento che permetta di ridurre la pressione sui presidi ospedalieri, in particolare sulle aree mediche degli stessi. Per affrontare il tema della cronicità è infatti necessario poter disporre di spazi diversi, rispetto agli ospedali per acuti, maggiormente diffusi nel territorio che consentano un facile accesso da parte dell'utenza più fragile.

Nella tabella sono riportate le attività che devono trovare risposta nelle degenze intermedie distrettuali con un'offerta alla quale le aziende sanitarie dovranno tendere. Sono proposti degli standard che, se applicati e incrociati con il riferimento della popolazione, permettono di individuare la dotazione di posti letto per le degenze intermedie, per un valore complessivo di 1,25 PL x 1.000 abitanti, corrispondente a 1.520 posti letto per l'intera regione.

FUNZIONE	STANDARD	ASUGI	ASUFC	ASFO
Recupero e rieducazione funzionale	0,4 PL x 1.000	150	212	124
Accoglienza protratta o permanente	0,05 PL x 1.000	20	26	16
Trattamento di patologie acute minori	0,1 PL x 1.000	38	52	32
Disintossicazione da abuso di sostanze	0,05 PL x 1.000	20	26	16
Cure palliative	0,15 PL x 1.000	56	80	46
Degenza internistica post-acuti	0,2 PL x 1.000	76	104	64
Sollievo	0,3 PL x 1.000	110	160	92
TOTALE	1,25 PL x 1.000	470	660	390
POPOLAZIONE		373.952	528.791	312.533

La dotazione di posti letto indicata, attualmente non compiutamente attuata, permette di dare maggiore uniformità nella dotazione dei territori e, accompagnata dall'approvazione del piano per la gestione della cronicità, consentirà di ridurre in modo importante la pressione sugli ospedali, rendendo lo standard di 3 PL x 1.000 abitanti effettivamente sostenibile.

Per attuare quanto sopra, le aziende sanitarie distribuiscono i PL indicati in modo da renderli il più possibile diffusi

nel territorio e quindi accessibili alla popolazione, privilegiando le sedi ospedaliere riconvertite o in fase di parziale riconversione.

Nel caso di maxi-afflusso di pazienti nell'area ospedaliera, come sta accadendo con la pandemia da COVID-19, è importante che il territorio sia in grado di ricevere molti pazienti in dimissione per decongestionare le aree di degenza degli ospedali.

In tale situazione è possibile riconvertire, in parte o in toto, i posti deputati al "sollevio" mettendo allo scopo a disposizione fino a 362 posti per l'intera Regione. In caso di ulteriori necessità potrebbero essere riconvertiti allo scopo, in toto o in parte, anche i posti riservati al "trattamento di patologie acute minori"; si tratta di un'ulteriore disponibilità di 122 posti.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Avvio dell'implementazione dei posti letto di cure intermedie	Graduale incremento di almeno il 10% previsto dallo standard dei posti letto di cure intermedie con l'obiettivo di tendere a medio termine agli standard definiti

### 3.3 Disturbi dello Spettro Autistico

Nel 2020 era stato sollevato il problema del tasso di dispersione dell'utenza a ridosso del diciottesimo anno, invitando i servizi distrettuali a organizzare e tracciare il lavoro di collegamento per rendere non solo formale, ma sostanziale la transizione così da evitare vuoti terapeutico-assistenziali.

La transizione dai Servizi dell'età evolutiva a quelli per gli adulti costituisce una priorità a motivo del concreto rischio di isolamento ed esclusione sociale dei futuri cittadini maggiorenni affetti da disturbi del neurosviluppo nel passaggio all'età adulta. Occorre implementare il lavoro di rete tra servizi per la messa a fuoco dei bisogni emergenti, in particolare delle comorbilità fisico-organiche associate e degli interventi più appropriati da strutturare. Il modello della presa in carico rimane quello imperniato sull'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto attiene ai disturbi neuropsichici e del neurosviluppo, in età infantile, in continuità con gli anni precedenti, gli Enti del SSR, i PLS e i MMG collaborano e partecipano attivamente alle iniziative regionali volte all'identificazione precoce di tali disturbi (es. Progetto NIDA)".

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2021 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.

### 3.4 Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

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

<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare</b> Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2021 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021 individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multiprofessionale (rif. professionalità DGR 668/2017)

<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>Osservatori epidemiologici adulti e minori</b> Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa: <ul style="list-style-type: none"> <li>- definiscono indicatori di processo e di esito in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017</li> <li>- individuano strumenti idonei e comuni all'età adulta e all'età evolutiva per il monitoraggio dell'offerta e degli <i>outcome</i></li> </ul> predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 30.6.2021: invio congiunto alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati Entro 31.12.2021: invio congiunto alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2021.

### 3.5 Sanità penitenziaria

Nel corso del 2021 proseguiranno gli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria, al fine di continuare l'analisi e il monitoraggio di percorsi ed interventi, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza.

A livello regionale, il coordinamento della rete di sanità penitenziaria si dota di un regolamento di funzionamento interno, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari.

Proseguono inoltre i lavori per il miglioramento della documentazione sanitaria relativa ai detenuti e per l'implementazione ed espansione di progettualità innovative di telemedicina e di cartella condivisa, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure. Lo sviluppo della telemedicina in carcere appare particolarmente rilevante visto il periodo di emergenza epidemica, che limita e complica ulteriormente la possibilità di trasferimenti e spostamenti dei detenuti con bisogni sanitari.

Nel 2021 sono, altresì, previsti eventuali 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, anche in relazione allo stato di emergenza pandemica.

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 sempre chiamate a prevedere un'organizzazione del personale e/o metodologie di lavoro con caratteristiche di interdisciplinarietà e multiprofessionalità che rispondano a detti bisogni.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Regolamento di funzionamento interno della rete di sanità penitenziaria, atto a garantire in particolare risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria rispetto ad eventuali trasferimenti per motivi sanitari	Entro il 30.06.2021, predisposizione di una bozza di documento per uniformare le risposte all'Autorità penitenziaria in merito ai trasferimenti per motivi sanitari ed invio alla DCS; ed entro il 31.12.2021 approvazione del documento
Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere	Entro il 31.12.2021 descrizione di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina e indicazione degli interventi effettuati a favore dei detenuti.

### Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale

Nel corso del 2021 le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, unitamente ai Servizi sociali dei Comuni, continuano a partecipare in qualità di partner nell'ambito della Progettualità cofinanziata da Cassa delle Ammende "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa". Gli obiettivi progettuali riguardano in sintesi:

- il potenziamento delle attività di supporto all'integrazione sociale e lavorativa della persona detenuta con particolare riferimento ai soggetti prossimi alla dimissione;
- programmi di inserimento sociale e lavorativo e accompagnamento al lavoro;

- interventi di giustizia riparativa e percorsi di mediazione penale.

Per il raggiungimento degli obiettivi le Aziende mettono in campo sinergie con le Direzioni degli Istituti penitenziari, con gli Uffici di esecuzione penale esterna e con gli uffici territoriali del centro giustizia minorile.

In particolare le Aziende partecipano attivamente attraverso interventi messi in campo dai servizi per le dipendenze e dai Dipartimenti di prevenzione e, per ASFO, dal servizio per la salute mentale.

Le Aziende partecipano inoltre, tramite propri referenti, allo sviluppo della rete regionale per la giustizia riparativa, previsto dal progetto.

<b>Progettualità CASSA AMMENDE</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	- Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021
Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	- Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2021

### 3.6 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Le Aziende proseguono nel programma di superamento degli OPG garantendo il funzionamento delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS), attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI).

Particolare attenzione deve essere data alle progettualità alternative all'internamento in REMS ed alla collaborazione con il Tribunale di Sorveglianza per l'applicazione delle misure alternative per le persone soggette a misura di sicurezza.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità
Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entro il 30.06.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 40% delle persone soggette a misura di sicurezza nel primo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;</li> <li>• Entro il 31.12.2021 le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, riguardanti almeno il 60% delle persone soggette a misura di sicurezza nel secondo semestre del 2021, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;</li> </ul>

### 3.7 Rete Cure palliative e terapia del dolore

In coerenza con la LR 27/2018, nel corso del 2021, la rete Cure palliative e terapia del dolore sarà ricondotta all'interno del coordinamento di ARCS secondo il modello di governo delle reti cliniche.

Nel 2021 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. A tale proposito sono state evidenziate delle esperienze pilota sull'appropriatezza prescrittiva che saranno valutate dal Coordinamento Regionale ed eventualmente implementate in tutte le Aziende Regionali. Sarà posta attenzione al rispetto degli standard strutturali e di dotazione organizzativi minimi richiesti dalla legge 38/2010 e successive Intese Stato regioni. Si proporrà una soluzione per la reperibilità algologica H24, anche con modelli organizzativi innovativi.

Sarà obiettivo primario inoltre, in considerazione anche della persistenza dell'epidemia di COVID 2019, utilizzare le piattaforme di teleassistenza/telemedicina a disposizione delle Aziende Sanitarie, così come una maggiore integrazione con la Medicina Generale per l'assistenza agli utenti affetti da dolore cronico.

Nel corso dell'anno 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.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p><b>Terapia del dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempi di attesa</li> <li>- Reperibilità algologica</li> <li>- Appropriately prescrittiva</li> <li>- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza</li> <li>- Integrazione con la medicina generale</li> </ul>	<p>Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019</p> <p>Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;</li> <li>-Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica</li> </ul> <p>Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020 - almeno il 5% delle prestazioni eleggibili</p> <p>Vi è evidenza d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale</p>
<p><b>Cure palliative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decessi a domicilio</li> <li>- Dotazione organica</li> <li>- Registrazione attività cliniche</li> </ul>	<p>Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice;</p> <p>Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 2062 2014 e DGR 165/2016);</p> <p>Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2021.</p>

### 3.8 Odontoiatria pubblica

Nel corso del 2020 il programma regionale di odontoiatria pubblica è stato oggetto di una significativa riduzione di attività causa *lockdown* per la gestione dell'epidemia da SARS-CoV-2 e cambiamenti di protocolli operativi per ridurre il rischio di trasmissione negli ambulatori odontoiatrici.

Nel 2021 sono confermati i seguenti obiettivi prestazionali:

Eventuali scostamenti dagli obiettivi (di minima) indicati, vanno tempestivamente comunicati al coordinatore regionale.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;</li> <li>- La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore &gt; 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata &lt; 1;</li> <li>- la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;</li> <li>- la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;</li> <li>- tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2021 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA;</li> <li>- tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;</li> <li>- per ASUGI: apertura dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia;</li> <li>- per ASUFC: potenziamento dell'attività di Gemona, chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili);</li> <li>- per ASFO: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo;</li> <li>- per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.</li> </ul>	<p>erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore;</p> <p>mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella 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;</p> <p>raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;</p> <p>percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;</p> <p>sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2021 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA</p> <p>invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;</p> <p>Apertura da parte di ASUGI dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia;</p> <p>ASUFC deve effettuare il potenziamento dell'attività di Gemona, la chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, il rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e il piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili);</p> <p>ASFO deve operare la: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo;</p> <p>tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.</p>

### 3.9 Consulori 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.

Percorso nascita	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso

Applicazione dei protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti elaborati in ogni azienda sanitaria.	Evidenza e applicazione dei protocolli in ogni azienda sanitaria Evidenza biennale della casistica 2020-2021 per ogni azienda sanitaria
---	--

Nel corso del 2020 è stata approvata la programmazione delle risorse nazionali del Fondo per le politiche della famiglia annualità 2020, per il rafforzamento e la prosecuzione delle attività in essere di carattere sociale dei consultori familiari di competenza dei Consulteri in raccordo con i Servizi sociali dei Comuni (SSC).

I Consulteri familiari, con il "Programma di interventi a sostegno della genitorialità per il potenziamento e l'implementazione delle attività di carattere sociale dei consultori familiari, anno 2020"(DGR n 1497/2020) continueranno nel 2021, attraverso il potenziamento e implementazione delle attività di carattere sociale dei consultori familiari in materia di sostegno alla genitorialità complessa, natalità di casistica particolare, preadolescenza a rischio di devianza, anche tenuto conto dei nuovi bisogni legati all'emergenza COVID-19, valorizzando la collaborazione integrata tra i consultori familiari delle Aziende sanitarie e i Servizi Sociali dei Comuni mediante la metodologia di lavoro già avviata nei precedenti interventi e mediante nuove azioni, anche di carattere innovativo e sperimentale.

<b>Sostegno alla genitorialità</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
Predisporre strumenti situazionali e specifici materiali per evidenziare le necessità più emergenti della casistica in esame, al fine di migliorare le azioni della rete di presa in carico, in particolare dei Consulteri familiari e del Servizio Sociale dei Comuni	Evidenza degli strumenti e materiali attraverso report da inviare in DC Salute (dicembre 2021)
Attivare gruppi sperimentali di ascolto e confronto tra genitori, in relazione alle diverse fasi evolutive dei figli minori, modulati sugli elementi di specifiche criticità evidenziate, ovvero neo-genitori di casistica con natalità particolare, nuclei con minori vittime di violenza assistita o subita	Evidenza di n° di gruppi di ascolto e confronto tra genitori per ogni azienda sanitaria
Organizzare spazi e momenti di incontro per bambini e adolescenti, anche in collaborazione con i genitori, tesi a migliorare le capacità genitoriali espresse.	Evidenza di n° incontri per bambini e adolescenti per ogni azienda sanitaria
Attivare specifiche collaborazioni con il Terzo settore a sostegno degli interventi.	Evidenza di protocolli e/o convenzioni con il Terzo settore per ogni azienda sanitaria
Progettare servizi dedicati a minori e famiglie, aventi carattere di stabilità e in continuità con le azioni attivate nell'ambito della programmazione complessiva, per lo sviluppo delle attività di carattere sociale dei consultori familiari.	Evidenza di bozze avanzate e/o avvio diretto di specifica progettazione di servizi dedicati a minori e famiglie, anche con particolare multi-complessità, aventi carattere di stabilità e continuità.

Si conferma il prosieguo dei lavori del Tavolo di coordinamento regionale per l'adozione nazionale e internazionale. Il Tavolo deve svolgere un'azione di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo, svolto dai Servizi e dagli Enti Autorizzati, in coerenza con Le Linee guida, avviando una consultazione con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC.

Continueranno i lavori dei sottogruppi avviati (Fallimenti adottivi, Dati delle adozioni in FVG, Percorsi Formativi per la scuola), per valutare l'andamento statistico del fenomeno, l'analisi delle situazioni adottive più critiche e sui processi formativi rivolti a docenti della scuola di ogni ordine e grado, al fine di completare la riflessione avviata e garantire la divulgazione della documentazione e degli strumenti elaborati a tutti gli attori del Tavolo.

Compatibilmente con le norme anti-covid-19, il Tavolo può farsi promotore di iniziative di approfondimento, studio

e ricerca, attraverso il confronto e interlocuzione con organismi e soggetti istituzionali preposti alla tutela dei minori, sia pubblici che privati, a livello nazionale ed internazionale.

<b>Adozione</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b>	<b>Risultato atteso:</b>
Attività di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo per l'adozione nazionale e internazionale	Analisi di casistica adottiva (nazionale e internazionale) e perfezionamento dell'offerta formativa alle coppie aspiranti l'adozione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale
Consultazione del Tavolo con altri interlocutori del territorio, quali le Associazioni del Terzo Settore e alcuni referenti dell'area minori e famiglia dei SSC riguardo in particolare ai fallimenti adottivi.	Evidenza di n° di incontri e contenuti trattati tramite verbali e report periodico (giugno/dicembre 2021)
Applicazione della Tabella dei fattori di rischio nelle famiglie con figli adottati elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi"	Attendibilità di applicazione in tutte le aziende sanitarie

La Regione sostiene programmi e interventi rivolti agli autori e alle vittime di violenza, al fine di far cessare i comportamenti violenti, riconoscere la responsabilità per la violenza agita e subita, nonché ricondurre le relazioni ad una condizione di reciproco rispetto tra autori e vittime di violenza.

<b>Violenza contro le donne</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Avvio di programmi e interventi volti all'intercettazione degli autori di violenza per una prima valutazione del rischio e della presa in carico in rete, da attuarsi attraverso una co-progettazione con le Associazioni/Enti del Terzo Settore attivi sul territorio in materia di contrasto alla violenza di genere, i Servizi Sociali e Sanitari, i Centri Antiviolenza, gli Organi Giudiziari, le Forze dell'Ordine	Attivazione gruppi di lavoro a tema, con la partecipazione della rete antiviolenza dei Servizi socio-sanitari, degli Enti preposti, degli Organi di Polizia, della Magistratura e del Terzo settore (Associazioni per uomini autori di violenza e per donne/minori vittime)  PDTA per l'intercettazione degli autori di violenza e delle vittime di violenza subita e assistita per la valutazione del rischio.
Predisposizione e avvio di punti di ascolto aziendali per l'invio e la presa in carico, degli autori di violenza.	N° interventi di accesso e invio di casistica di violenza

## **4. INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA**

### **4.1 Non autosufficienza**

A seguito dell'approvazione del Piano Nazionale per la non autosufficienza e del relativo Documento programmatico della Regione Friuli-Venezia Giulia per il triennio 2019-2021, di cui alla DGR n. 1732 del 20 novembre 2020, che conferma l'assegnazione di una quota delle risorse del "Fondo nazionale per le non autosufficienze" non inferiore al 50% per gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016, le Aziende sanitarie, in continuità con l'attività già prevista nelle linee di gestione 2020, 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.

<b>Fondo non Autosufficienza</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
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 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.

Al fine di sostenere i **progetti personalizzati rivolti a persone non autosufficienti assistite a domicilio**, nel corso del 2021, la Regione intende estendere, in via sperimentale, **l'utilizzo del budget di salute**, in conformità all'articolo 9 della LR 22/2019, quale parte del budget personale di progetto costituita dalle risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni. A tale scopo, le Aziende sanitarie promuovono e sostengono lo sviluppo di tale sperimentazione sulla base degli indirizzi che verranno forniti dalla Regione con apposita Delibera di Giunta regionale, la quale definirà anche l'entità del budget di salute e i criteri per l'individuazione delle persone prese in carico a domicilio da inserire nei progetti sperimentali.

<b>Sperimentazione budget di salute a domicilio</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Promuovere e sostenere l'utilizzo del budget di salute a sostegno di progetti personalizzati rivolti a persone non autosufficienti assistite a domicilio	Le aziende hanno creato le condizioni per attuare quanto previsto dagli indirizzi regionali con apposita DGR

## 4.2 Anziani

Proseguimento delle attività connesse alle **Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"**. Allo scopo, a seguito della definizione dei rapporti contrattuali con gli Enti gestori per la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e i soggetti titolari delle sperimentazioni, tramite la stipula di apposite convenzioni secondo lo schema predisposto dalla Direzione centrale, 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.

<b>Progetti di abitare inclusivo</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
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; -Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo

Proseguirà nel 2021 la seconda fase del programma – *intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità*, denominato **PRISMA 7** attraverso la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili. Nel corso del 2020 l'attività programmata ha subito un rallentamento a causa dell'emergenza sanitaria Covid -19. Tale emergenza ha tuttavia posto in evidenza la necessità di una conoscenza approfondita della potenziale fragilità della popolazione anziana per poter agire tempestivamente proprio dove c'è maggior bisogno. Nel corso del 2021 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.

<b>Prisma 7</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, Con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati e i risultati attesi; Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.

Le attività e gli interventi di presa in carico prevedono il monitoraggio costante delle condizioni di salute fatto da molti operatori che operano in diversi ambiti: Servizi Sociali dei Comuni (SSC), Servizi Infermieristico Domiciliare (SID), Servizi di Riabilitazione domiciliare (SRD), Unità di valutazione distrettuale (UVD) e Residenze sanitarie assistenziale (RSA) e altri luoghi di presa in carico leggera.

Al fine di una migliore presa in carico delle persone fragili tutte le informazioni rilevate durante le attività di monitoraggio, cura e assistenza dovrebbero essere rese disponibili agli operatori sociali e sanitari che intervengono nel processo di presa in carico. A tal fine i sistemi dei vari ambiti devono essere integrati alla stessa rete informatica e devono comunicare sulla base di standard tecnici internazionali.

Nel corso del 2021 saranno promosse attività propedeutiche per lo sviluppo e la definizione del sistema informativo integrato a supporto del processo di presa in carico, che favorisca la condivisione delle informazioni rendendole disponibili agli operatori in base al contesto in cui operano.

<b>Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico</b>	
<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Istituzione di un gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	Istituzione gruppo entro il 31.03.2021
Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	Evidenza del documento entro il 31.12.2021

La Regione ha da sempre considerato l'integrazione socio-sanitaria una strategia fondante del proprio modello di cure territoriali, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere dei propri cittadini.

In Regione il Punto unico di accesso (PUA) rappresenta non tanto un luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma una strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti nel territorio, è una modalità di lavoro propria degli operatori sociali e sanitari che ricercano l'integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici.

Il PUA è indicato come un potente ed efficace strumento di intervento per il miglioramento dell'accessibilità a tutti i servizi di competenza territoriale, pertanto questa Direzione nel corso del 2021 intende fornire indicazioni utili per aumentare e valorizzare le sinergie tra i diversi attori dell'integrazione.

<b>Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Aumentare l'accessibilità e la funzione dei PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	- Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le sinergie in termini di modalità operative e risorse

Proseguirà nel 2021 l'attività finalizzata al **monitoraggio e alla promozione della qualità all'interno delle Residenze per anziani**. A tale scopo, le Aziende continueranno le attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzeranno almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione centrale salute entro il primo semestre del 2021, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nel corso del 2020.

<b>Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	- Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda; - E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.

Al fine di supportare gli enti gestori delle strutture residenziali per anziani nell'adempimento di quanto disposto dall'articolo 8, comma 14 della L.R. 23/2019 e agevolare le Aziende sanitarie nella loro attività di vigilanza e controllo, la Regione mette a disposizione di tutte le Residenze per anziani convenzionate un sistema di rilevazione delle presenze che consenta alle Aziende l'accertamento, in tempo reale, degli operatori presenti nella struttura. Nel 2021, le Aziende verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate procedano all'implementazione di tale sistema.

<b>Verifiche sul personale in servizio nelle residenze per anziani convenzionate con il SSR</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Migliorare l'attività di vigilanza e controllo sul personale delle residenze per anziani convenzionate	- Le Aziende verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate implementino i dati di presenza del personale entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema da parte della Regione.

In merito al numero di **posti letto convenzionabili** presenti in ciascun territorio aziendale, nel 2021 le Aziende procedono alla **riassegnazione dei posti letto già convenzionati** eventualmente resisi disponibili, anche negli anni precedenti, a seguito di chiusure o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani del territorio di competenza, dando priorità alle Residenze che presentano le seguenti caratteristiche: Residenze per anziani autosufficienti (ex Case Albergo) già convenzionate, ai sensi della DGR 2089/2006, per il riconoscimento degli oneri sanitari che abbiano completato il progetto di adeguamento ai requisiti del D.P.Reg. 144/2015 per diventare Residenze per non autosufficienti di 1°, 2° o 3° livello e per il quale la Regione abbia rilasciato parere favorevole nell'ambito del processo di riclassificazione. I nuovi convenzionamenti possono riguardare solo posti letto autorizzati di tipologia N3. Qualora sul territorio di competenza sia presente più di una residenza per anziani con le suddette caratteristiche, l'assegnazione deve essere effettuata in modo tale che, in ciascuna struttura, venga assicurata una percentuale omogenea di copertura del totale dei posti letto di tipologia N3 autorizzati in ogni Residenza.

<b>Posti letto convenzionati nelle residenze per anziani</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Garantire la riassegnazione dei posti letto già convenzionati divenuti disponibili a seguito di chiusura o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani	- Gli eventuali posti letto convenzionabili disponibili sono stati riassegnati.

Nel 2021 le Aziende Sanitarie continuano, ai sensi della DGR n. 161 del 7 febbraio 2020, il loro impegno nell'attuazione degli indirizzi regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di tele-assistenza e telecontrollo, nonché per la promozione e la diffusione del servizio.

<b>Teleassistenza domiciliare</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Viene prodotto e condiviso con i referenti aziendali il primo piano di verifica e di miglioramento del servizio (ai sensi della DGR n.161 del 07.02.2020)  L'utilizzo del portale dedicato alla gestione e monitoraggio del servizio è in graduale aumento (rispetto all'anno precedente)

### 4.3 Disabilità

Le modifiche apportate alla legge regionale 41/1996, con riguardo all'introduzione dell'articolo 20-bis (*Sperimentazioni per l'innovazione del sistema dei servizi per le persone con disabilità*), segnano l'avvio di un punto di svolta nella riconsiderazione complessiva del tema della disabilità e della regolazione dei servizi ad essa dedicati, lungo una direttrice d'innovazione che, da ultimo, è sfociata nell'insieme delle disposizioni in materia di integrazione e assistenza sociosanitaria contenute nella legge regionale 22/2019, che ha portato ad informare il modello di politica sociosanitaria della Regione <<all'innovazione continua dei servizi, per la produzione di benessere, inteso nella sua dimensione sanitaria, relazionale e sociale, economica e ambientale, quale fattore di sviluppo umano, comunitario e di coesione sociale>>.

La DGR 24 luglio 2020, n. 1134 <<Linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità>> dà attuazione, infatti, non solo a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 20 bis della LR 41/1996, individuando con atto di indirizzo gli obiettivi, le aree di intervento, le caratteristiche e i contenuti di innovazione dei percorsi innovativi del sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità; ma anche a quanto disposto dall'art.14 della LR 22/2019 (in aderenza ai principi e alle disposizioni del Capo I del Titolo II della stessa legge), adottando le **linee guida per la presa in carico** delle persone nell'area di bisogno della disabilità. In applicazione della disposizione generale dell'art. 10 della LR 22/2019, il soggetto capofila del partenariato titolato a presentare le proposte progettuali all'Amministrazione regionale è individuato nell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

<b>Sperimentazione percorsi innovativi</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le AAS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;  Le AAS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.

<b>Sperimentazione percorsi innovativi</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD; Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state ri-valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria); Tutte le persone in carico alle sperimentazioni sono state valutate con lo strumento Q-VAD; Tutti i nuovi accessi sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD.
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 (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.

Nell'ambito dei processi di miglioramento della presa in carico integrata, nel corso del 2020, sono stati approvati gli indirizzi procedurali regionali per la valutazione e gestione del processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della **terapia farmacologica** ed ha preso avvio la sperimentazione nelle Aziende sanitarie, che si concluderà entro dicembre 2021.

<b>Sicurezza cure farmacologiche</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
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 con l'utilizzo di un applicativo dedicato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nella sperimentazione sono coinvolte almeno due strutture per AAS;</li> <li>- Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi;</li> <li>- Report finale di valutazione della sperimentazione a cura del referente aziendale;</li> <li>- Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi.</li> <li>- Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture</li> </ul>

#### **4.4 Minori**

Per l'anno 2021 tutte le AS e ASU proseguono la collaborazione nella messa a regime del percorso delineato dalle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla DGR n. 273/2020 implementando le sperimentazioni e progettualità di percorsi di presa in carico integrata in coerenza con quanto previsto dalle Linee e applicando gli strumenti del progetto personalizzato e del budget personale di progetto di cui agli artt. 8 e 9 della L.R.22/2019. La collaborazione, in particolare, è finalizzata all'individuazione di indicatori e strumenti di valutazione dei profili di bisogno da adottare in modo omogeneo a livello regionale al fine di poter individuare con maggior appropriatezza gli interventi e i percorsi da attivare nonché i criteri per l'accreditamento degli enti gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali di accoglienza dei minori fuori famiglia

<b>Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni socio-sanitari</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione con gli strumenti previsti; Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carico integrata Riduzione del numero di minori inseriti in strutture residenziali fuori regione Numero di budget personali sostenuti con il budget di salute (quota sanitaria) attivati per minori afferenti all'area della neuro-psichiatria infantile

Per l'anno 2021 viene inoltre proposta la partecipazione delle AS e ASU a un progetto avviato a livello nazionale nell'ambito della sperimentazione del Reddito di Cittadinanza (D. Lgs. 4/2019) e rivolto a valutare gli esiti sullo sviluppo dei bambini in età 0-3 anni dell'aumento del reddito familiare, permettendo la comprensione dei processi che favoriscono l'impatto positivo del reddito familiare sulle diverse modalità di esercizio della genitorialità e, in ultima istanza, sullo sviluppo positivo dei primi mille giorni di vita dei bambini." Per la realizzazione del progetto sono stati individuati due strumenti di valutazione delle competenze genitoriali e dello sviluppo infantile per la fascia 0-3: *Parenting Interactions with Children, Checklist of Observation Linked to Outcomes* (P.I.C.C.O.L.O.) e *Ages and Stages Questionnaires 3rd Edition* (ASQ-3). P.I.C.C.O.L.O. è uno strumento per codificare i comportamenti genitoriali che può essere utilizzato sia dall'operatore che dal genitore; ASQ-3 è una serie di questionari per le diverse fasce di età, compilati dai genitori per realizzare uno *screening* dello sviluppo infantile. La valutazione dovrebbe consentire la successiva definizione del progetto personalizzato di presa in carico del nucleo.

L'obiettivo finale è l'individuazione precoce di fattori di fragilità dello sviluppo dei bambini 0-3 al fine di riuscire a intervenire tempestivamente su di essi e interrompere le catene intergenerazionali di trasmissione della povertà (i cui effetti sono rilevanti anche in termini di salute) lavorando sui bambini e sui loro genitori in un arco temporale - i primi mille giorni di vita del bambino - fondamentale per la crescita delle persone.

Il progetto è realizzato su incarico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dal Dipartimento FISPPA dell'Università di Padova e ha coinvolto sinora 240 operatori a livello nazionale, di cui 10 della nostra regione.

La proposta è di estendere il progetto a livello regionale attraverso il coinvolgimento delle AS e ASU che vengono invitate a partecipare alla sperimentazione individuando alcuni operatori dei propri servizi di NPIA e/o Consultorio da formare sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3 e coinvolgendoli nell'utilizzo degli stessi per la valutazione di alcuni nuclei familiari fragili.

Il percorso di formazione e l'accompagnamento nell'utilizzo degli strumenti sarebbe svolto dall'Università di Padova in collaborazione con area welfare di comunità dell'Asugi.

**Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo dei bambini 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori**

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Potenziare le capacità di intercettazione precoce di condizioni di fragilità nello sviluppo 0-3 anni e nelle competenze dei loro genitori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciascuna AS e ASU forma due operatori della NPIA o del Consultorio sull'utilizzo degli strumenti PICCOLO e ASQ-3</li> <li>- Ciascuna AS e ASU individua due nuclei familiari fragili in carico alla propria NPIA o Consultorio da valutare con gli strumenti PICCOLO e ASQ-3</li> </ul>

**4.5 Salute mentale**

Alcune attività previste dal Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta 2018-2020 (PANSM) avranno continuità anche nel 2021, sebbene la revisione organizzativa e normativa in atto, nonché il perdurare dell'emergenza epidemica, dovranno portare ad un'ulteriore proroga del cronoprogramma.

Relativamente alla salute mentale ad esordio nell'infanzia e nell'adolescenziale, le NPIA e i DSM, collaborano alla definizione di un percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2).

In prosecuzione delle attività già realizzate con particolare riferimento all'obiettivo 7.4 relativo ai "programmi di abilitazione, riabilitazione, formazione ed integrazione sociale", nel 2021, prosegue l'attività di valutazione con follow up delle persone titolari di BIS, in collaborazione con gli Enti cogestori del Terzo Settore, al fine di evidenziare gli esiti dei progetti in atto.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	Trasmissione alla Direzione centrale salute del percorso di transizione delle cure dalle strutture per l'età evolutiva a quelle dell'adulto entro il 31/12/2021
<b>Valutazione Budget Individuali di Salute-follow up</b> Consolidare l'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di Budget Individuali di Salute, attraverso la realizzazione dell'attività di follow up a tre anni (T2)	- Trasmissione alla Direzione, entro il 31 luglio 2021, delle schede di valutazione sintetiche contenenti Honos short version-12 item e relative al campione di riferimento.

A seguito del rilascio del nuovo sistema informativo Point pSM e dell'attività formativa rivolta a tutto il personale realizzata nel 2020, i Dipartimenti di Salute Mentale, assicureranno la partecipazione dei referenti per il sistema informativo ai Tavoli Tecnici Regionali, finalizzati al miglioramento del prodotto e a promuovere la maggior omogeneità possibile nell'utilizzo dello stesso, a garanzia di un incremento della qualità dei dati e dell'inserimento nel sistema dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati.

<b>Sistema informativo Point Psm</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Miglioramento del prodotto e della qualità dei dati nell'impiego del nuovo gestionale per la Salute Mentale	Partecipazione dei referenti per il sistema informativo dei DSM ai Tavoli Tecnici Regionali

<b>Sistema informativo Point Psm</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Utilizzo della funzionalità di Point pSM relativa allo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato	Inserimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in Point pSM, a conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata, per almeno il 75% delle persone in carico con bisogni complessi, entro il 31.12.

In continuità con l'attività realizzata lo scorso anno, si richiede di meglio qualificare e consolidare i progetti recovery oriented che vedono il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività e interventi, anche attraverso l'impiego della figura dei peer support workers e la formalizzazione dei rapporti con le associazioni di familiari.

<b>Sviluppo programmi recovery oriented</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Promuovere le policy e le progettualità recovery oriented	I programmi recovery oriented, con il coinvolgimento di stakeholders, peer support workers e associazioni di familiari, sono parte integrante dell'offerta sociosanitaria dei DSM (Report 31.12)

A fronte della necessità di supportare l'attenzione dedicata all'area della formazione e dell'inserimento lavorativo di persone in carico ai servizi sanitari e sociosanitari e, a seguito dei lavori di un Tavolo tecnico dedicato nell'ambito del Comitato regionale tecnico consultivo per la cooperazione sociale, nonché dell'adozione delle "Modalità operative per l'attivazione di tirocini inclusivi in favore di persone prese in carico dai servizi sociali e sanitari", Regolamento regionale approvato con DPRReg/Pres n. 57/2018 ai sensi dell'articolo 63 della L.R. n. 18/2005 in materia di tirocini extracurricolari – Art. 38 –, contenente tra l'altro la scheda di valutazione del percorso personalizzato, le Aziende si impegnano ad aderire alle iniziative volte alla valutazione della qualità degli inserimenti, in collaborazione con gli operatori economici e, nel caso, le stazioni appaltanti, coinvolti nei singoli progetti di inserimento lavorativo, nell'ambito della sperimentazione regionale denominata QUIL.

<b>Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL)</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Adesione alla sperimentazione QUIL regionale e utilizzo della scheda di valutazione dei percorsi di inserimento lavorativo.	Partecipazione degli operatori referenti per la formazione e l'inserimento lavorativo alle iniziative regionali dedicate e alle attività valutative del singolo percorso (Report 31.12)

#### **4.6 Dipendenze**

Nel 2021 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, delle opportunità e delle risorse di cui la persona è portatrice, risulta fondamentale il potenziamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio degli interventi e del contesto, onde consentire il miglioramento continuo dell'offerta terapeutico-riabilitativa, con particolare riguardo per i giovani (under 25) con bisogni complessi. In tale prospettiva, le Aziende implementeranno progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) integrati, in linea con la legge regionale n. 22 del 12 dicembre 2019 e con le Linee guida per la qualificazione dell'offerta sociosanitaria nell'area di bisogno relativa alle persone con dipendenza patologica, in fase di approvazione definitiva. Tali progetti risultano orientati al coinvolgimento di 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, e dei percorsi integrati ospedale-territorio per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali e le altre malattie sessualmente trasmissibili e per favorire l'accesso ai percorsi di cura;
- il consolidamento e sviluppo di progetti delle Aziende sanitarie regionali per favorire la cessazione del fumo nel personale delle Aziende stesse.

<b>Presenza in carico delle persone con problemi di dipendenza</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	Redazione di PTRI per tutti gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi; Budget di salute attivati; Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti; Stesura di accordi operativi con specialisti epatologi/infettivologi per aumentare l'accesso alle cure con farmaci antivirali DAA dei pazienti con dipendenza ed epatite C; Almeno 1 progetto per azienda per favorire la cessazione del fumo tra gli operatori.

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 alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali;
- 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.

<b>Problematiche alcolcorrelate e disturbi correlati al gioco d'azzardo</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcolcorrelate e per le persone inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali	Rilevazione delle criticità emerse nel territorio e stesura del piano di intervento; Adozione di concerto con le strutture residenziali regionali di una scheda in invio comprensiva della valutazione diagnostica.
Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo	Incremento del numero di persone contattate nell'attività di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione del disturbo del gioco d'azzardo.

- 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 Servizi per le dipendenze con il coordinamento aziendale VHP per lo sviluppo del progetto CCM promozione della salute sui luoghi di lavoro.

<b>Valutazione della qualità inserimento lavorativo (QUIL)</b>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico	Sono raccolti gli esiti di almeno 6 indicatori di processo e di outcome attraverso l'invio dei flussi informativi all'Osservatorio; Sono inviate entro il 30 giugno 2021 le informazioni previste dal flusso informativo regionale per la stesura del report annuale da parte dell'Osservatorio.

#### 4.7 Area Welfare

L'Area Welfare di comunità dell'ASUGI fornisce supporto alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nell'ambito delle attività attinenti alla programmazione degli interventi nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria. In particolare, per l'anno 2021, gli obiettivi strategici dell'Area Welfare di comunità riguardano le seguenti funzioni:

1. supporto alla definizione della pianificazione strategica e della programmazione operativa nelle aree a elevata integrazione sociosanitaria, in particolare per i seguenti interventi:
  - riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani, con particolare riferimento alla revisione del DPRReg 144/2015, alla predisposizione del regolamento di accreditamento, nonché degli atti finalizzati all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e alla definizione del fabbisogno;
  - riqualificazione della rete dei servizi per disabili, con particolare riferimento alla revisione della LR 41/96;
  - riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per minori, con particolare riferimento alla revisione del DPRReg 083/1990 secondo gli indirizzi di cui alla DGR 273/2020;
  - unificazione fondi SLA, Gravissimi e FAP in coerenza con quanto previsto nel Documento programmatico del fondo per la non autosufficienza della Regione FVG per il triennio 2019-2021 approvato con DGR 1732/2020.
  
2. accompagnamento nella realizzazione e implementazione della programmazione operativa, in particolare per quanto riguarda le seguenti azioni:
  - accreditamento delle strutture residenziali per anziani
  - formazione e assistenza tecnica per utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG
  - sviluppo Portale regionale anziani e manutenzione evolutiva sistemi informativi SIRA-FVG e Genesys
  - formazione e assistenza tecnica per utilizzo dello strumento informatizzato Q-VAD
  - progetto personalizzato (revisione format di progetto e accompagnamento all'utilizzo)
  - pubblicazione e gestione Portale regionale disabilità
  - applicazione delle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla DGR 273/2020 con interventi di formazione e supporto finalizzato alla definizione di criteri e strumenti di valutazione del bisogno omogenei a livello regionale
  - gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con leggi regionali (art. 8 LR 22/2020; LR 27/2018)
  
3. monitoraggio e valutazione della programmazione e delle politiche, in particolare per quanto riguarda le seguenti azioni:
  - sperimentazioni abitare inclusivo (abitare possibile e domiciliarità innovativa)
  - monitoraggio flussi dati e produzione reportistica per tutte le aree;
  - monitoraggio interventi di cui alla Legge n. 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare";
  - monitoraggio sperimentazioni approvate con DGR 1462/2016 e 1463/2016;
  - monitoraggio dell'applicazione delle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla DGR 273/2020;
  - monitoraggio dei minori accolti in strutture residenziali della regione e fuori regione e dei minori in affidamento familiare (DGR 115/2015);
  - monitoraggio della pianificazione nelle aree dell'integrazione sociosanitaria riferita ai minori e agli anziani nell'ambito degli atti di programmazione locale di contrasto alla povertà (DGR 1489/2018);

4. sperimentazioni/innovazioni, in particolare per quanto riguarda le seguenti azioni:
- sperimentazione budget di salute a domicilio (art. 13, LR 10/97) e nella salute mentale;
  - supporto alla co-progettazione e attuazione dei percorsi sperimentali di cui all'art.20bis della LR 41/96;
  - monitoraggio della sperimentazione di percorsi di presa in carico integrata di minori con bisogni socio-sanitari realizzati con progetti personalizzati e relativi budget di salute secondo quanto previsto dalla DGR 273/2020.

## 5. RAPPORTI CON GLI ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP.

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale promuovono e rafforzano i rapporti di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e le Fondazioni, al fine di sviluppare la Rete e i relativi nodi territoriali promuovendo risposte omogenee a livello Regionale, anche con riferimento alle disposizioni normative poste in essere per la gestione della complessa emergenza epidemiologica da COVID-19. Gli interventi degli Enti del Terzo Settore possono essere infatti finalizzati al sostegno delle azioni di contrasto al COVID-19 complessivamente intesi, quale importante presidio per la tenuta sociale.

Parimenti le Aziende del Servizio Sanitario Regionale si attivano per dare attuazione a quanto previsto dall'art. 12 della L.R. 22/2019 per quanto attiene i rapporti e le forme di collaborazione con le Aziende pubbliche di servizio alla persona (di seguito ASP).

La Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCSPSD) unitamente ad Azienda regionale di coordinamento della salute (ARCS), nell'ambito delle rispettive competenze, assicurano il coordinamento degli interventi a livello sovra aziendale e regionale.

Anche nell'ambito del Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale regionale (Deliberazione giunta n. 1568 del 23.10.2020) la Regione attribuisce agli Enti del Terzo Settore un ruolo strategico nel raggiungimento dei risultati di salute in sinergia con gli Enti del SSR.

In tale contesto la DCSPSD ha promosso una cornice di collaborazione attraverso misure economiche di incentivazione a favore degli ETS.

Sul punto sono state individuate, in coerenza con la programmazione strategica sanitaria, socio-sanitaria e sociale regionale, determinate aree di intervento, ponendo particolare attenzione alle attività di supporto ai *caregiver* e agli interventi di facilitazione nell'ambito dei percorsi assistenziali a favore delle persone, in particolare fragili e con comorbidità. Più ampiamente le sinergie e le attività di supporto possono essere individuate nelle seguenti aree:

- promozione della salute, invecchiamento attivo e contrasto alla solitudine;
- tutela e diritti degli utenti e facilitazione percorsi assistenziali a favore degli utenti;
- disabilità e vita indipendente;
- sostegno e supporto ai *caregiver*;
- supporto e assistenza ai percorsi delle persone in età evolutiva che necessitano di cure e ai loro familiari e *care giver*;
- autismo, rafforzamento dei percorsi terapeutico riabilitativi e del supporto ai *caregiver* in ogni *setting*, con particolare attenzione al domicilio;
- salute mentale e dipendenze;
- prevenzione oncologica nelle diverse forme e modalità, attività di supporto ai percorsi di cura, di riabilitazione e assistenza dei pazienti oncologici anche con riferimento alle neoplasie della prostata e della mammella;
- supporto ai percorsi di cure palliative nei diversi *setting* assistenziali;
- trasporti non emergenziali delle persone fragili e anziane non autosufficienti per l'accesso a prestazioni sanitarie;
- malattie rare;
- supporto agli interventi di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

In questo contesto gli Enti del SSR, oltre a sviluppare specifiche azioni, intervengono in qualità di Collaboratori nell'ambito dei Progetti e/o delle Iniziative presentati dagli Enti del Terzo settore alla DCSPSD per l'accesso a dette misure di incentivazione. In particolare le Aziende assicureranno che le progettualità presentate dagli ETS siano in linea con le aree di intervento individuate e comunque congrue con gli obiettivi di programmazione territoriale.

Una particolare rilevanza sarà data agli interventi di supporto da parte degli ETS nell'ambito del potenziamento delle USCA. In questo campo il ruolo del Terzo settore può favorire gli interventi di prevenzione e di gestione delle situazioni a rischio, supportare dal punto di vista logistico l'operato di Medici di Medicina generale e Dipartimenti di prevenzione, nonché rivestire un ruolo importante in azioni di monitoraggio della popolazione fragile. In considerazione della rilevanza di questo ruolo di supporto vanno individuati, nella rete assistenziale territoriale, opportuni meccanismi di coordinamento.

Gli Enti del Servizio sanitario regionale (Aziende sanitarie e IRCSS) favoriscono il coinvolgimento degli ETS, nelle forme previste dall'articolo 55 e 56 del D.lgs. 117/2017 (CTS), che sono iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) in considerazione del fatto che il coinvolgimento degli ETS all'interno del Servizio sanitario regionale assume primaria rilevanza pubblicistica di perseguimento delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale di cui all'articolo 4 del Codice del Terzo Settore.

In particolare, nell'ambito della co-progettazione e della co-programmazione mettere insieme competizione e collaborazione serve anche a sfruttare al meglio la capacità propositiva e la carica innovativa. La maggiore apertura dell'Ente del SSR deve trovare però riscontro nella disponibilità degli Enti che vogliono svolgere servizi e interventi per il pubblico, soprattutto se sotto la forma della collaborazione progettuale, ad innalzare e garantire la qualità dei servizi resi in base agli standard previsti.

Specialmente nell'ambito delle attività di presa in carico della popolazione fragile si deve puntare alla massima garanzia sotto il profilo della qualità delle prestazioni e della sicurezza.

Garantire questo miglioramento è indispensabile, al fine di dare una sostenibilità al sistema nel medio e nel lungo periodo.

Ai sensi del DLgs 117/2017 e del Codice dei Contratti la DCSPSD, attraverso la costituzione di un gruppo integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS), in collaborazione con i referenti aziendali per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS, nel corso del 2021 intende individuare una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi adatta al contesto regionale, da declinare in obiettivi, materiali, metodi ed indicatori, che poi andrà guidata nella sua attuazione con momenti di confronto, monitoraggio e verifica.

In questa cornice di collaborazione tra il sistema sanitario regionale, il sistema sociale e gli Enti del Terzo Settore la DCSPSD nel corso del 2021 avvierà uno studio di fattibilità per integrare le risorse e gli interventi che gli ETS mettono in campo nell'ambito dei servizi sanitari, socio sanitari, socio assistenziali e socio educativi, anche tramite l'armonizzazione dei sistemi informativi esistenti. È chiesto agli Enti del servizio sanitario regionale e ai Servizi sociali dei Comuni la collaborazione di propri referenti nell'ambito dell'analisi di fattibilità.

Anche per l'anno 2021, in coerenza con la riforma del Terzo settore e con il conseguente percorso di trasformazione sociale, nell'ottica dell'innovazione e della promozione del benessere e dello sviluppo sostenibile della comunità locale, la Regione prosegue il sostegno alla cooperazione sociale attraverso interventi di incentivazione sia nella forma di contributi ad attività, investimenti o iniziative progettuali realizzate da enti iscritti all'Albo delle cooperative sociali, sia mediante il finanziamento delle convenzioni stipulate dagli enti pubblici con tali cooperative per la realizzazione di progetti relativi a prestazioni di servizi che prevedono l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Continuano le attività del Comitato regionale tecnico consultivo per la cooperazione sociale che, in un'ottica di sviluppo di sistema intende promuovere raccordi e sinergie con le altre Direzioni regionali, gli Enti del SSR, i Servizi sociali dei Comuni e gli altri portatori di interessi, con particolare attenzione agli aspetti che attengono l'impatto

sul sistema sanitario, sociosanitario e socio assistenziale.

### Servizio Civile Universale e Servizio Civile Solidale Regionale

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale promuovono, secondo quanto previsto dalla vigente normativa, progetti di Servizio Civile Universale e Servizio Civile Solidale Regionale funzionali all'acquisizione di esperienze, in considerazione delle diverse fasce di età, da parte dei volontari avviati, nella realizzazione di attività di supporto e di utilità in ambito socio assistenziale. L'attività in oggetto, che riveste primaria rilevanza a dimensione regionale, considerato il fabbisogno degli operatori presso le strutture sanitarie e socio assistenziali, siccome rappresentato per il terzo settore anche nel comitato tecnico per le cooperative sociali e nel gruppo di lavoro inter direzionale con la DC Lavoro, costituisce una linea di lavoro delle Linee di gestione 2021 delle aziende sanitarie regionali e viene inserita nel capitolo dedicato agli Enti del Terzo settore presidiato dal relativo Servizio.

### Formazione operatori sociosanitari (OSS)

Nel corso del 2021, in considerazione della carenza del profilo di operatore socio sanitario, le Aziende sanitarie supporteranno le attività di formazione regionale per il conseguimento di detta qualifica, al fine di soddisfare il fabbisogno determinato per l'anno 2021 in 540 operatori.

In relazione, altresì, della recente nota 20/194/CR06bis/C7 del 5 novembre 2020 della Conferenza delle Regioni e delle province autonome "PROPOSTE PER CONTRASTARE LA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO E SOCIOSANITARIO – EMERGENZA COVID-19" la quale alla sezione 1.2, punto 6, prevede la riattivazione del percorso di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatori Socio Sanitari, già previsto dall'Accordo Stato Regioni del 16 gennaio 2003, le Aziende saranno inoltre autorizzate a supportare la Direzione nella formazione complementare degli OSS.

Quest'ultimi saranno destinati a garantire i livelli essenziali per l'assistenza distrettuale con particolare riferimento all'assistenza sociosanitaria residenziale, semiresidenziale e domiciliare ed inquadrati in un livello contrattuale coerente con le mansioni attribuite nel rispetto dei vigenti contratti collettivi nazionali del privato sociale.

Presso la DCSPSD è formalizzato un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato.

<b>Formazione operatori sociosanitari (OSS).</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono stati avviati con le modalità, le tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.
A seguito di specifico atto regionale, ogni Azienda ha autorizzato ed avviato l'organizzazione di UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	Il corso è stato avviato con le modalità, tempistiche, i requisiti ed il numero di allievi indicati nell'atto regionale.

\*L'ASFO può svolgere l'attività in collaborazione con il CRO di Aviano;

l'ASUGI può svolgere l'attività in collaborazione con il BURLO.

La progettualità è finanziata da una specifica linea di finanziamento.

<b>Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp.</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Nr. di atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2021

<b>Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp.</b>	
<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG	Nr. valutazioni formali al 31.12.2021
Individuazione formale a livello aziendale di un referente per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS	Evidenza atto di individuazione, inviato in DCSPSD entro il 1.3.2021
Costituzione gruppo tecnico di lavoro integrato (Enti del SSR, SSC, ASP, ETS) per la definizione di una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi degli ETS, Fondazioni e ASP ed approvazione formale di un documento che contenga obiettivi, materiali, metodi, indicatori e criteri di qualità, coerenti con i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria da garantire.	Approvazione documento entro il 31.12.2021

## 6. ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'emergenza epidemiologica COVID-19 ha avuto un rilevante impatto sull'offerta complessiva dei servizi del SSR, di seguito si riportano alcuni indicatori da monitorare per l'attività ospedaliera, per l'emergenza e per il governo clinico e reti cliniche

### 6.1 Attività ospedaliera

Di seguito un set minimo di attività rispetto al quale le Aziende si dovranno impegnare ad assicurare adeguati volumi o standard qualitativi anche in presenza dell'emergenza epidemiologica COVID-19, organizzando l'offerta ospedaliera tenendo conto del modello *Hub e Spoke*.

#### Indicatori attività ospedaliera

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa $\geq$ volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume $< 20$ Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)
Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa $\geq$ volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) – vengono escluse gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre) Per gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia di classe A deve essere garantito il tempo massimo 30 gg in almeno il 90% dei casi
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 2019 del 71,77% - fonte Bersaglio).
Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h $\geq 70\%$ (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio

## 6.2 Indicatori Emergenza urgenza

### 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 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri 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 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)
Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%

### Emergenze Cardiologiche – STEMI

Obiettivo	Risultato atteso
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

Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo 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

Obiettivo	Risultato atteso
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 $\geq 75\%$ (2° semestre 2021).

### Emergenza Territoriale

Obiettivo	Risultato atteso
ARCS: Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso
Aziende: Miglioramento dei tempi allarme-target	Il 75° percentile del tempo allarme target $\leq 18$ minuti

## 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) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)

### 6.3 Trapianto e donazione

La pandemia ha comportato un calo di donatori in tutta Italia dell'11,5% con conseguente calo nell'attività di trapianto di circa 400 interventi (10% in meno rispetto al 2019).

In FVG la disponibilità dei donatori è aumentata da 33 a 41 (+ 24%) rispetto al 2019, cosa che ha consentito di effettuare presso i centri di trapianto dell'ASUFC 119 trapianti (+17,8 %) pari a 98 per milione di popolazione, a fronte di una media nazionale di 62 trapianti per milione di abitanti nel 2019. È necessario sottolineare che il numero di 72 trapianti di rene rappresenta il valore più elevato mai eseguito da inizio attività (59 il precedente) né si erano mai eseguiti 119 trapianti di organi solidi in FVG in un anno. La regione FVG è risultata prima per donatori nell'area NITp e seconda in Italia dopo la Toscana.

Obiettivo	Risultato atteso
Accordo stato regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto in seguito al formale recepimento regionale	ASU FC dà attuazione all'accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto con la definizione della responsabilità dei programmi: - Cuore;- Fegato;- Rene
Trapianto di rene : Migliorare la comunicazione con i cittadini	Garantire un n. di trapianti = > a 60 a parità di donatori Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale

### 6.4 Infertilità

La sopravvivenza nei pazienti oncologici in età pediatrica e nei giovani adulti è in continuo aumento, ma i trattamenti oncologici chemioterapici, radioterapici e chirurgici possono interferire negativamente e definitivamente sulla fertilità futura. Il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita può permettere a questi pazienti un "figlio dopo il cancro". La crioconservazione dei gameti o di tessuto gonadico, preliminare alle terapie oncologiche, è in grado di offrire a questi pazienti la genitorialità omologa, evitando il ricorso a tecniche eterologhe. Premesso che in regione Friuli Venezia Giulia il tema è già stato oggetto di un progetto finalizzato e che la DGR 61/2015 contempla la crioconservazione a carico del SSR dei gameti in pazienti oncologici, si prevede la definizione di un percorso regionale, in linea con i principi dell'Accordo Stato Regioni 21 febbraio 2019, n. 27/CSR.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2021.

## 6.5 Governo clinico e Reti di patologia

Nel corso del 2020 ARCS ha definito e adottato il modello di governo delle Reti cliniche che prevede di ricondurre ad una gestione omogenea le modalità di attivazione e aggiornamento delle Reti e dei documenti prodotti.

Il modello prevede l'attivazione della cabina di regia e l'utilizzo di strumenti di governo, quali sistemi di monitoraggio, standard di formazione, nuclei funzionali aziendali ecc..., che troveranno graduale implementazione nell'anno 2021.

<b>Obiettivi ARCS</b>	<b>Risultato atteso</b>
Attivazione della cabina di regia	Convocazione del primo incontro entro marzo 2021
Organizzazione della formazione dei componenti dei nuclei funzionali nominati dalle Aziende	Attivazione di almeno un modulo formativo entro l'anno
Impostazione del sistema di monitoraggio delle reti attivate	evidenza del sistema di monitoraggio delle reti attivate nel 2020
Attivazione della rete diabetologica regionale	Evidenza dell'attivazione della rete diabetologica regionale entro giugno 2021 Predisposizione della proposta di PDTA del diabete nell'adulto e del PDTA del diabete in età evolutiva entro il 31.12.2021
Aggiornamento del PDTA ictus relativamente al percorso post acuto del paziente	Formalizzazione del documento entro il 31.12.2021
Attivazione rete senologica regionale	Attivazione della rete senologica entro il 30.06.2021 Predisposizione della proposta di PDTA della mammella entro il 31.12.2021

<b>Obiettivi Aziende</b>	<b>Risultato atteso</b>
Costituzione nuclei funzionali	Evidenza della costituzione dei nuclei funzionali aziendali e comunicazione ad ARCS della loro composizione entro il 30 aprile
Partecipazione dei componenti dei nuclei funzionali alla formazione organizzata da ARCS	Partecipazione ai moduli formativi organizzati da ARCS

## 6.6 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

La Rete Cure Sicure FVG coordina e governa, in forma integrata, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico. Nel corso del 2021, si prevede il consolidamento della Rete Cure Sicure FVG soprattutto in ambito territoriale e l'adempimento alle richieste istituzionali. Gli obiettivi e i risultati attesi relativamente ai programmi di *antimicrobial stewardship*, prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sicurezza del farmaco, violenza a danno degli operatori e superamento della contenzione sono indicati nella tabella che segue.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey regionale attraverso l'inserimento dei dati nel database fornito da Agenas
Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali	Evidenza dell'effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali
Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas
Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM
Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Evidenza della compilazione dello strumento CARMINA
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT
Rafforzamento della Rete del programma di antimicrobial stewardship	Identificazione di un referente MMG ( <i>link professional</i> ) per AFT
Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione degli studi di prevalenza negli ospedali per acuti (protocollo PPS)
Riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica	Prosecuzione del programma come previsto dal tavolo regionale RM
Riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM
Rafforzamento della Rete del programma sull'uso sicuro dei farmaci	Identificazione di un referente MMG ( <i>link professional</i> ) per AFT
Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori	Avvio del programma come previsto dal tavolo regionale dei RM
Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Avvio del gruppo di lavoro e pianificazione della formazione specifica sul tema

## 6.7 Percorso nascita

<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Comitato percorso nascita	le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)
Tagli cesarei	tagli cesarei primari dei PN I livello o N. parti < 1000/anno: ≤15% tagli cesarei primari nei PN II livello o N. parti > 1000/anno: ≤ 25%
Gravidanze a basso rischio	- entro il 30/6/2021 le Aziende comunicano alla Direzione centrale salute il nominativo delle ostetriche che partecipano alle attività di cui alla DGR 723/2018 - il personale di cui sopra partecipa entro il 31/12/2021 ad almeno un evento formativo sulla gestione della gravidanza a basso rischio

<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	- audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2021 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2021 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento

## 6.8 Pediatria

In continuità con gli anni precedenti proseguono le attività della rete pediatrica regionale coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo, in coerenza a quanto definito dalla DGR 730/2018.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
<b>IRCSS Burlo Rete oncologica pediatrica</b> Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2021
<b>IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza</b> Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2021 è definito da parte il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza.
<b>Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici</b>	Entro il 30/6/2021 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI

## 6.9 Sangue ed emocomponenti

Nel 2021, in linea con quanto previsto dalla Riforma Sanitaria, considerate le esigenze derivanti dal mutato contesto sociale e sanitario e dalla grave carenza di personale, al fine di mantenere l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati, di garantire la qualità e la sicurezza della donazione e della trasfusione e di contribuire all'autosufficienza nazionale, si dovrà costituire una nuova rete regionale trasfusionale tramite l'aggregazione e l'integrazione delle strutture trasfusionali, perseguendo l'unitarietà di gestione e di processo in grado di realizzare economie di scala e di scopo.

Dovranno essere ridefiniti dalla Direzione Centrale Salute, avvalendosi di ARCS:

- il ruolo del Coordinamento Regionale Sangue in ambito regionale ed inter-regionale
- i principi per la riorganizzazione della rete trasfusionale regionale secondo un unico modello che porti all'integrazione e aggregazione delle attuali strutture trasfusionali
- ridefinizione dei rapporti, anche economici, tra il network trasfusionale e le Aziende Sanitarie

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Tutte le aziende Raccolta sangue: Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020 ASUFC: Mantenimento delle convezioni extraregionali
Emoderivati d piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma Il DIMT contribuirà alla raccolta di plasma con la quota del 20% (DIMT ASUGI) 25%(DIMT ASFO) 45% (DIMT ASFC) 10%(CURPE) sul totale di

	27.500kg come previsti dal documento di programmazione
Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2021, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.
Sicurezza	Tutte le aziende: - Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD) -Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente
Governo clinico	Tutte le aziende: Linee guida condivise regionali sulla trasfusione. Costituzione gruppo lavoro
Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe): Implementazione di tutti gli esami di validazione al curpe con accentramento degli stessi Allestimento attività congelamento emazie e inattivazione piastrinico
Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMT)
Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.

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

La regione FVG aderisce dal 2003 alla rete internazionale HPH. In relazione alla revisione dell'assetto istituzionale degli enti del SSR occorre procedere al rinnovo della rete regionale e al rinnovo della convenzione.

ARCS nell'ambito delle funzioni di coordinamento delle reti, assicura il Coordinamento della Rete HPH e per l'anno 2021 provvede in particolare al rinnovo della rete regionale reso necessario anche dal nuovo assetto organizzativo del SSR e al rinnovo dell'accordo di adesione alla rete internazionale.

Dal punto di vista dei ruoli previsti dai vari livelli della rete, si fa riferimento al regolamento adottato nel 2018, che definisce le funzioni dei comitati (regionale e locali), del coordinatore regionale, dei coordinatori locali, dei *link professional* e dei gruppi di lavoro monotematici. 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 dedicati a 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, l'impatto della pandemia ha accelerato l'attivazione del gruppo di lavoro Benessere sul posto di lavoro della rete HPH. Il gruppo ha messo in atto il progetto Aver cura di chi ci ha curato, dedicato al contrasto

della fase acuta dello stress nel personale sanitario e alla sostenibilità nel tempo della strategia rivolta al benessere psico fisico del personale, in collaborazione con gli Ordini Professionali di medici e psicologi. In particolare è stata riconosciuta la valenza altamente innovativa di poter misurare oggettivamente e in modo non invasivo, i parametri stress correlati che impattano sull'organismo ed è stato prodotto il documento di indirizzo sulla strategia.

Nel 2020 è stato attivato il gruppo di lavoro Patient Engagement della rete HPH, con una linea di lavoro in particolare per bambini giovani e adolescenti, secondo la strategia della Task Force Internazionale sul tema. È stato adottato, come documento di indirizzo regionale, il Manuale OMS dedicato al coinvolgimento del paziente nella strategia di promozione della salute HPH, opportunamente tradotto in italiano.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
ARCS assicura il coordinamento della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services-HPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rinnovo della rete regionale</li> <li>- Adesione alla rete internazionale HPH da parte della rete HPH del Friuli Venezia Giulia</li> <li>- Diffusione della strategia HPH globale 2021-2025</li> </ul> Convocazione degli incontri del Comitato Regionale HPH e dei gruppi di Lavoro Monotematici: Benessere sul posto di lavoro HPH; <i>Patient Engagement HPH</i>
Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARCS organizza un percorso formativo per la diffusione dei risultati del progetto sperimentale "Aver cura di chi ci ha curato"</li> <li>- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale benessere sul posto di Lavoro HPH partecipano alla formazione di ARCS dedicata all'attivazione dei Team multiprofessionali</li> <li>- ARCS coordina l'implementazione del protocollo con gli ordini professionali di medici e psicologi finalizzato all'attivazione dei team multiprofessionali dedicati al benessere del personale sanitario</li> <li>- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH organizzano un evento formativo per la diffusione del progetto "Aver cura di chi ci ha curato" con la diffusione dei materiali informativi e dei risultati ottenuti nella fase sperimentale sulla base di un format concordato dal gruppo regionale (entro giugno)</li> <li>- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo aziendale benessere sul posto di Lavoro HPH pianificano la trasferibilità del prototipo regionale descritto e messo in atto nella fase sperimentale dal progetto "Aver cura di chi ci ha curato", per la proposta operativa di attivazione nelle aziende in rete (entro il primo semestre)</li> <li>- Nel secondo semestre, gli enti aderenti alla rete regionale attivano i team multiprofessionali previsti nel protocollo di collaborazione per il monitoraggio della resilienza e del lifestyle nella strategia del progetto "Aver cura di chi ci ha curato"</li> </ul>
Le Aziende promuovono corretti stili di vita dei pazienti che accedono ai servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARCS organizza un evento formativo regionale sui temi della gestione dello stress e degli stili di vita dei pazienti: piano di formazione in sinergia con il programma dedicato al personale</li> <li>- Gli enti aderenti alla rete regionale, nell'ambito del gruppo regionale Patient Engagement HPH, elaborano uno studio di fattibilità per l'avvio di Team multiprofessionali per la promozione della salute dei pazienti</li> <li>- Gli enti aderenti alla rete regionale elaborano un format per la valutazione dei bisogni di promozione della salute da inserire nella documentazione sanitaria (a cura dei gruppi aziendali per il Patient Engagement - clinical health promotion)</li> <li>- Gli enti aderenti alla rete regionale promuovono il programma per l'astensione del fumo nel periodo perioperatorio.</li> </ul>
Sviluppo di un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornamento del sito HPH regionale attivato nel sito ARCS</li> <li>- Traduzione materiali rete internazionale e della nuova strategia Global HPH Strategy 2021-2025 e diffusione tramite i siti aziendali e i referenti aziendali della rete</li> </ul>

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
HPH nelle Aziende del SSR	
Le Aziende sviluppano un piano di comunicazione per la diffusione degli obiettivi HPH al loro interno	- Link della pagina di ARCS e avvio di sezione dedicata nel sito aziendale con aggiornamento su referenti e progetti collegati alle linee di gestione

### 6.11 Accreditemento

Nel 2020 la Direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di accreditamento derivanti dall'applicazione della DGR 1763 del 18.10.2019 e quelli relativi alle strutture per la terapia riabilitativa per le dipendenze. Ha programmato i procedimenti di rinnovo dell'accreditamento delle strutture pubbliche, in coerenza con le disposizioni della L.R. n. 13/2019 e in relazione alla configurazione organizzativa degli enti del SSR di cui all'articolo 3 della L.R. n. 27/2018. Ha programmato, altresì, i procedimenti di rinnovo delle strutture private di ricovero e di specialistica ambulatoriale, di riabilitazione funzionale, di RSA e di Hospice.

La Direzione centrale salute ha avviato il percorso per gli adempimenti previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 16 CSR, del 24.1.2018, in materia di attività di trapianto; nonché per la revisione dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento della PMA.

L'organismo tecnicamente accreditante FVG (OTA) ha concluso gli adempimenti 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 accreditamento 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 2021 la Direzione centrale salute avvierà i procedimenti di rinnovo dell'accreditamento delle strutture pubbliche, in coerenza con le disposizioni della L.R. n. 13/2019 e in relazione alla configurazione organizzativa degli enti del SSR di cui all'articolo 3 della L.R. n. 27/2018. Avvierà, altresì, i procedimenti di rinnovo delle strutture private di ricovero e di specialistica ambulatoriale, di riabilitazione funzionale, di RSA e di Hospice, sulla base della programmazione approvata dall'OTA.

La Regione continuerà la partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti, 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 l'OTA attraverso i referenti degli enti del SSR che ne fanno parte.

La Direzione centrale salute programmerà l'attivazione del procedimento per l'autorizzazione e l'accreditamento del Centro regionale trapianti.

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.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	- 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. - 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

Obiettivo	Risultato atteso
	dell'accREDITAMENTO.
Partecipazione al programma di accREDITAMENTO nazionale degli organismi tecnicamente accREDITANTI	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	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

## 7. ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA

Per il 2021 le Aziende promuoveranno azioni mirate ad assicurare 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). In continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale del 2020, 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.

### 7.1 Tetti spesa farmaceutica

I tetti di spesa per la farmaceutica sono stati rideterminati a decorrere dall'anno 2021 dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178, al comma 475 del suo articolo 1, fermo rimanendo il valore del 14,85 per cento quale limite complessivo per tale spesa. Dall'esercizio 2021, pertanto, dalla normativa vigente il nuovo tetto della spesa farmaceutica territoriale convenzionata è fissato al 7% del FSR (abbassando il precedente tetto del 7,96%), mentre quello della farmaceutica per acquisti diretti è ora fissato al 7,85% del FSR (comprensivo del tetto acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN - pari allo 0,2%).

I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica).

I vincoli fissati a livello regionale per il 2021 sono indicati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 7,85 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	- 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.
Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.
Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2021 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie	

### 7.2 Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva

Le direzioni strategiche in collaborazione con le strutture aziendali di farmacia individueranno, negli ambiti non correlati all'emergenza COVID-19 e compatibilmente con le modalità organizzative adottate per la gestione della fase emergenziale, 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 inappropriatazza.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Invio alla DCS da parte delle Aziende di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e sull'attività annuale entro il 15/04/2022, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatazza;
	Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 40%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)

### 7.3 Appropriatazza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale

Per il 2021 si confermano gli indicatori di appropriatazza già presenti nel 2020 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.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso																																																																	
Le Tabelle riportano il target per il 2021 relativamente agli indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>- consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica (IPP);</li> <li>- consumo di antibiotici sul territorio e in età pediatrica;</li> <li>- percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2018</th> <th>Valore aziendale 2019</th> <th>Target S. Anna)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>ASU GI</td> <td>25,65</td> <td>25,67</td> <td rowspan="3">≤25 up pro cap</td> </tr> <tr> <td>ASU FC</td> <td>29,13</td> <td>29,46</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>31,67</td> <td>30,97</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore*</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2018</th> <th>Valore aziendale 2019</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>13,44</td> <td>13,57</td> <td>13,44*</td> </tr> <tr> <td>ASU FC</td> <td>14,53</td> <td>14,18</td> <td>≤ 13,50</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>17,08</td> <td>17,05</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>15,59</td> <td>15,74</td> <td>≤ 14,80</td> </tr> <tr> <td>ASU FC*</td> <td>14,33</td> <td>14,14**</td> <td>14,14**</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>15,46</td> <td>15,18</td> <td>≤ 14,80</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2018</th> <th>Valore aziendale 2019</th> <th>Target</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>24,08</td> <td>≤23,50</td> </tr> <tr> <td>ASU FC</td> <td>21,84</td> <td>21,03</td> <td>≤20,50</td> </tr> <tr> <td>AS FO</td> <td>23,35</td> <td>22,84</td> <td>≤21,50</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Mantenimento valore 2018 ** Mantenimento valore 2019</p>	Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Valore aziendale 2019	Target S. Anna)	Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	ASU GI	25,65	25,67	≤25 up pro cap	ASU FC	29,13	29,46	AS FO	31,67	30,97	Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Valore aziendale 2019	Target (soglie S. Anna)	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,44	13,57	13,44*	ASU FC	14,53	14,18	≤ 13,50	AS FO	17,08	17,05	≤ 16,50	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI	15,59	15,74	≤ 14,80	ASU FC*	14,33	14,14**	14,14**	AS FO	15,46	15,18	≤ 14,80	Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Valore aziendale 2019	Target	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	24,08	≤23,50	ASU FC	21,84	21,03	≤20,50	AS FO	23,35	22,84	≤21,50
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Valore aziendale 2019	Target S. Anna)																																																														
Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	ASU GI	25,65	25,67	≤25 up pro cap																																																														
	ASU FC	29,13	29,46																																																															
	AS FO	31,67	30,97																																																															
Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Valore aziendale 2019	Target (soglie S. Anna)																																																														
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,44	13,57	13,44*																																																														
	ASU FC	14,53	14,18	≤ 13,50																																																														
	AS FO	17,08	17,05	≤ 16,50																																																														
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI	15,59	15,74	≤ 14,80																																																														
	ASU FC*	14,33	14,14**	14,14**																																																														
	AS FO	15,46	15,18	≤ 14,80																																																														
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Valore aziendale 2019	Target																																																														
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	24,08	≤23,50																																																														
	ASU FC	21,84	21,03	≤20,50																																																														
	AS FO	23,35	22,84	≤21,50																																																														

	<p><i>Modalità di valutazione complessiva:</i>  3-4 indicatori a target = raggiunto  2 indicatori a target = parzialmente raggiunto  &lt; 2 indicatori a target = non raggiunto</p>
--	---

#### 7.4 Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le Aziende assicureranno azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli al 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 saranno rivolte sia all'ambito specialistico-ospedaliero che a quello territoriale e della continuità ospedale-territorio. Sulla tematica andranno sensibilizzate anche le Strutture private accreditate.

Sul tema si richiamano inoltre il secondo *position paper* e l'analisi di sicurezza dei biosimilari dell'AIFA.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR	<p>Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo 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 i report.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)  Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)</p>

#### 7.5 Gestione delle terapie con ormone della crescita

Il garantire la massima aderenza alla terapia con ormone della crescita consente di limitare il più possibile i casi di fallimento terapeutico. Una corretta formazione all'utilizzo dell'autoiniettore per la somministrazione dell'ormone della crescita aumenta l'aderenza alla terapia, e per tale ragione vanno attivate le forme di assistenza, anche formativa, che si rendessero necessarie per tale finalità.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita attiva un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisca la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	<p>- Evidenza dell'attivazione del team entro il 30/06/2021  - Invio alla DCS entro il 30/02/2022 di un report dell'attività di formazione svolta nel 2021, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Attivazione del team nei termini: sì/no (peso 50%)  Invio del report nei termini: sì/no (peso 50%)</p>

#### 7.6 Attività centralizzate – ARCS

L'ARCS fornisce il supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi. In particolare, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, coordina le attività propedeutiche alla stesura dei capitolati tecnici e alla definizione dei capitolati di gara, anche sulla base delle proprie competenze di

HTA.

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". Relativamente ai medicinali erogati in DPC nel FVG, ARCS assicura il monitoraggio puntuale delle variazioni del prezzo al pubblico 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. Provvede inoltre agli adeguamenti informatici per una migliore funzionalità delle procedure di ripristino scorte volte a garantire la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC e ad ottimizzare i tempi di approvvigionamento.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ARCS garantisce la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC ed ottimizza i tempi di approvvigionamento, con particolare riferimento ai medicinali di nuovo inserimento nell'elenco DPC, anche realizzando l'integrazione delle funzionalità necessarie all'ottimale gestione informatica del magazzino DPC.	<p>Invio di una relazione entro il 15/04/2022 sulle azioni svolte e degli esiti conseguiti nell'ambito dell'approvvigionamento dei farmaci in DPC</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Attività svolta e relazione sulle attività inviata nei termini: sì/no</p>
ARCS monitora l'elenco dei medicinali prossimi alla scadenza brevettuale e persegue l'ottimizzazione delle procedure di acquisto e dei tempi di approvvigionamento	<p>Invio alla DCS, entro il 15/04/2022, di una relazione annuale sulle attività svolte e le tempistiche 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 farmaci biosimili o 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> tempistiche rispettate per più del 90% dei principi attivi =raggiunto tempistiche rispettate tra 70-90% dei principi attivi = parzialmente raggiunto tempistiche rispettate per meno del 70% dei principi attivi = non raggiunto</p>
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)	<p>ARCS invia periodicamente alla DCS l'evidenza dei ristori effettuati</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Ristori effettuati: sì/no</p>

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p>ARCS centralizza l'acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende sanitarie, qualora siano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- erogabili su prescrizione dei Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte);</li> <li>- innovativi;</li> <li>- con erogazione principale in distribuzione diretta.</li> </ul>	<p>Invio alla DCS entro il 15/04/2022 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.</p> <p>Indicatore: tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempistiche rispettate per più del 90% dei farmaci=raggiunto</li> <li>- tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto</li> <li>- tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</li> </ul>

### 7.7 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, compatibilmente con le modalità organizzative adottate nella fase emergenziale conseguente alla pandemia da Covid19:

- 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 regionali sia attraverso le Strutture pubbliche che private accreditate convenzionate con il SSR.

L'Accordo quadro regionale della DPC dei medicinali (DGR 12/2018) è stato prorogato al 31/12/2021 (DGR 1863/2020). Le Aziende recepiscono la proroga, con proprio atto, entro il 31 gennaio 2021.

A favore dei MMG/PLS, da luglio 2020 è reso disponibile sul portale "Continuità della Cura" l'aggiornamento mensile dei medicinali erogati in DPC.

Le Aziende consolidano le azioni in essere volte a garantire l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica fornita attraverso la DPC provvedendo a diffondere a tutti i soggetti coinvolti ogni informazione utile alla completa e migliore applicazione dell'Accordo, quali ad esempio la diffusione costante dell'aggiornamento elenco farmaci in DPC e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati anche nelle more dell'effettiva disponibilità in piattaforma dei medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC. Garantiscono inoltre il monitoraggio periodico delle erogazioni convenzionali dei farmaci ricompresi nell'elenco dei medicinali erogabili in DPC, l'approfondendo con i prescrittori le motivazioni del ricorso a tale modalità (non sostituibilità, ricette urgenti, farmaci mancanti in DPC, ecc).

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p>In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR</p>	<p>Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%)</p> <p>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)</p>

## 7.8 Assistenza integrativa

Le Aziende verificano l'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa e ne monitorano i consumi, al fine di porre in essere ogni azione utile ad un efficientamento della spesa ed una razionalizzazione dell'impiego di tali prodotti.

In riferimento ai dispositivi medici monouso erogabili a carico del SSR per il monitoraggio della patologia diabetica, trovano applicazione le disposizioni della DGR 303/2016 per i dispositivi innovativi e della DGR 2192/2019 con cui sono stati aggiornati i quantitativi massimi di strisce per la misurazione della glicemia concedibili gratuitamente ai pazienti diabetici. Le Aziende monitorano la corretta applicazione delle disposizioni sul tema.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Le Aziende monitorano:</p> <p>a) l'appropriatezza delle prescrizioni dei dispositivi monouso per pazienti diabetici, con particolare riferimento al rispetto dei quantitativi massimi erogabili a carico del SSR delle strisce per la misurazione capillare della glicemia e all'utilizzo corretto dei codici di esenzione.</p> <p>b) i dati di spesa dei dispositivi per il monitoraggio della glicemia interstiziale (CGM, FGM e SAP)</p>	<p>Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 15/04/2022 relativa alle attività intraprese, i monitoraggi effettuati e gli esiti conseguiti.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazione congruente in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) Relazione inviate nei termini: sì/no (peso 40%)</p>
<p>Nell'ambito dell'assistenza integrativa le Aziende sanitarie e gli IRCCS effettuano una ricognizione dei percorsi e delle procedure attuate anche al fine di una possibile armonizzazione degli stessi.</p>	<p>Invio alla DCS entro il 15/04/2022 delle risultanze della ricognizione effettuata.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Ricognizione effettuata e inviata: sì/no</p>

## 7.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Nell'ambito degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) le Aziende continuano a promuoverne l'implementazione.

Ai fini degli adempimenti LEA ministeriali sono inoltre assicurati l'inserimento, le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi (compresi quelli relativi ai centri di costo COVID) 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 aziendale	Risultato atteso
<p>REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene 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 garantirne l'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>- Assicurare la registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta.</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.</p> <p>- Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi ai fini</p>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
	<p>della rimborsabilità)  <i>Modalità di valutazione</i>  Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali 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</p>
<p>CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA  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.  - Avvio della cartella oncologica pediatrica (Burlo).  <i>Modalità di valutazione:</i>  Una rilevazione (DCS) del grado di completezza al 31.12.2021.</p>
<p>PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO  Per tutte le Aziende, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS.  Le Aziende assicureranno 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 prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico <math>\geq</math> 95%.</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>  <u>Target rilevati dalla DCS.</u>  - % <math>\geq</math> 95%: obiettivo raggiunto  - % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto  - % &lt; 85%: obiettivo non raggiunto</p>
<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI  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 70% di tutti i 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).  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; 70%</p> <p>Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche &gt; 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  <u>Target rilevati dalla DCS.</u> Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018  - % PT informatizzati per tutti i pazienti &gt; 70% raggiunto  - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto  - % PT informatizzati per tutti i pazienti &lt; 65% non raggiunto  Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (&gt; 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2022.  Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.</p>
<p>FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA  Inserimento dei dati, 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),</p>	<p>Verifiche dei dati <u>entro il 10 di ogni mese</u>  Integrale copertura fase 3/fase 2 (&gt; 99,5% della spesa negli ambiti previsti).  Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (&gt; 99%).  Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti</p>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da un 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). Le Aziende assicurano un controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta), con particolare riferimento alla corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19. 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>richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Target rilevati dalla DCS - copertura fase 3/fase 2: % &gt; 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % &lt; 99%: non raggiunto</p> <p>- Targatura - % confezioni diretta PSM &gt; 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM &lt; 97%: non raggiunto</p> <p>- Riscontri agli approfondimenti richiesti effettuati nei termini: sì/no</p>

## 7.10 Farmacovigilanza

Continuano le progettualità di farmacovigilanza già avviate a livello regionale finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali avviate dalla DCS (CRFV) in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013, 2199/2014, 1365/2015) 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.

E' in fase di conclusione l'iter di avvio di un 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 aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV e</p>	<p>- Mantenimento della % di segnalazione on-line <math>\geq</math> 90% in linea con le indicazioni AIFA e tenuto conto dell'avvio a fine 2021/inizio 2022 della nuova piattaforma di segnalazione collegata alla RNF;</p> <p><i>Modalità di valutazione</i> - % segnalazioni online/segналazioni totali <math>\geq</math> 90%. Target rilevati dalla DCS</p>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti assicurano l'inserimento delle segnalazioni di sospette reazioni avverse relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 (compresi i nuovi vaccini) o nei pazienti con COVID-19 (qualsiasi medicinale), secondo le indicazioni fornite da AIFA.</p> <p>Il CRFV fornirà eventuale supporto ai RLFV al fine di migliorare la qualità del dato inserito.</p>	<p>Inserimento delle segnalazioni di sospetta ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia COVID-19 o nel paziente COVID-19 secondo i parametri e con le codifiche indicate da AIFA (comunicati 4 maggio e 27 novembre 2020).</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Andamento periodico (su base semestrale) delle segnalazioni di ADR relative a medicinali utilizzati nella terapia del COVID-19 o nei pazienti con COVID-19, effettuato dal CRFV.</p> <p>% codifica inserimento corretta/ totale segnalazioni inserite <math>\geq 80\%</math></p> <p>Riscontri a richieste del CRFV su qualità del dato: sì/no</p>

## 8. SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY

Il SISR (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.

Il SISR 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, ha ridisegnato l'intero assetto istituzionale e organizzativo del SSR a partire dal 1.1.2020; la revisione e riorganizzazione dei processi e delle banche dati che sottendono ai sistemi informatici in uso presso le aziende, iniziata nel corso dell'anno 2020, è stata in parte posticipata all'anno 2021, a causa dell'emergenza Covid, che ha modificato le priorità degli sviluppi, per dare una risposta operativa alle richieste di informatizzazione regionali e nazionali. Tale emergenza ha imposto lo svolgimento di molte attività non contemplate inizialmente nel Piano Operativo, la ripianificazione di attività correlate ad alcune aree di intervento ed un incremento delle stesse afferenti alle aree «Salute e prevenzione», «Integrazione dell'assistenza primaria-ospedaliera e socio-sanitaria» e «Monitoraggio, Alerting e Governo» del Programma Triennale 2020-2022 della Sanità Digitale. Per questo motivo sono state slittate al primo trimestre 2021 alcune attività di implementazione e avviamento sistemi ed alcuni obiettivi, in parte, verranno riproposti nella programmazione delle aziende per l'anno 2021. L'emergenza Covid, infatti, ha richiesto un notevole sforzo da parte di tutti gli *stakeholders* per consentire la rilevazione dei nuovi esami di laboratorio, l'interfacciamento dei sistemi, la tracciatura dei pazienti positivi, la ridefinizione dei percorsi del cittadino, sia nell'ambito delle strutture sanitarie, che presso farmacie e medici di medicina generale, la rendicontazione per i flussi verso gli enti preposti (prefetture, sindaci, regione, ISS, ...) e ai fini di governo, sia aziendale che regionale.

Nel corso dell'anno 2021 dovrebbe concludersi l'impegnativo lavoro relativo la revisione dell'infrastruttura informatica, sia per la parte di avviamento dei nuovi domini, sia per la parte dell'accorpamento, scorporo delle reti, secondo la normativa relativa alla sicurezza informatica e alla 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.

Continua lo sviluppo, inteso anche come acquisizione, di nuovi strumenti informatici, che andranno a sostituire sistemi ormai obsoleti e non rispondenti alle normative nazionali, alcuni già avviati nell’anno 2020 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 DCS di avere una banca dati omogenea, corretta e validata che alimenti tutti i flussi regionali e nazionali in maniera sistematica e automatizzata.

I sistemi direzionali poi, che verranno integrati nel corso dell’anno, contribuiranno a dare una visione completa ed integrata dei flussi necessari per una programmazione reale e adeguata alla complessità del Servizio Sanitario Regionale.

### 8.1 Sistema informativo di gestione della formazione

È prevista l’attivazione del sistema informatico di gestione della formazione nelle aziende sanitarie. Nel corso dell’anno 2020 è stata espletata la gara che ha aggiudicato il sistema che è stato avviato presso l’azienda pilota. Nell’anno in corso il sistema verrà avviato in tutte le aziende sanitarie secondo la programmazione definita dalla DCS.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all’azienda pilota già avviata nell’anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l’attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l’attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni
Completare l’attivazione del sistema nelle aziende in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema ed organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Completare l’attivazione del sistema presso tutte le altre aziende entro il 31/12/2021

### 8.2 Sistema informativo dei distretti

Nel corso dell’anno 2021 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 aziendale	Risultato atteso
Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all’azienda pilota individuata nell’anno 2020	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, al monitoraggio delle attività svolte per l’attivazione del sistema e forniscono contributi per ottimizzare l’attivazione nel proprio ambito. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Completare l'attivazione del sistema nell'azienda pilota 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	Completare l'attivazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 30/09/2021
Attivare il sistema in un'altra azienda ottimizzando i contenuti del sistema e le esperienze formative e di avviamento della azienda pilota.	Attivare il sistema entro il 31/12/2021
Favorire la collaborazione nell'assistenza territoriale fra Aziende sanitarie, Ambiti del sociale e Enti del terzo settore per rendere possibile il coordinamento degli interventi di assistenza anche tramite la condivisione e/o l'integrazione dei sistemi informativi.	Partecipare all'analisi delle attività che favoriscono la collaborazione nell'assistenza territoriale. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni

### 8.3 Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato

I sistemi informatici della Gestione Economico Finanziaria e Economato dovranno essere configurati nel corso del 2021; per questo motivo l'anno in corso vedrà la condivisione con le aziende del processo organizzativo da attivare per approssicare una adeguata valutazione di implementazione dei sistemi. Per affrontare questa impegnativa iniziativa di trasformazione in maniera strutturata saranno individuati dei siti pilota che testeranno i sistemi acquisiti.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate
Individuazione di due siti pilota	entro il 31/03/2021
Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nelle aziende pilota (verbale collaudo) entro il 30/06/2021
Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2021

### 8.4 Telemedicina

Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.

Parallelamente si valuteranno i processi assistenziali dei post acuti in alcune patologie per stabilire quali strumenti di telemedicina adottare e quali strutture di supporto è opportuno rendere operative.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Fornire l'elenco delle soluzioni di telemedicina presenti con indicazioni delle integrazioni entro il 31/03/2021

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Analisi e valutazione dei processi dei post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO per individuare quali soluzioni di telemedicina possono essere adottate e se devono essere rese operative strutture capaci di controllare e monitorare gli strumenti di telemedicina utilizzati.	Partecipazione al 90% delle riunioni dei team interaziendali di analisi e valutazione.
Stesura piano regionale di attivazione delle soluzioni di telemedicina nelle varie aziende tenendo conto delle esperienze già maturate e dell'analisi e valutazione dei processi dei post-acuti.	Partecipazione alla stesura del piano regionale di attivazione e avviamento e messa a punto delle soluzioni di telemedicina individuate per l'azienda.

### 8.5 Ricetta e piano terapeutico dematerializzato

L'utilizzo della ricetta dematerializzata SSN e non SSR, dopo l'attivazione a livello nazionale, deve essere esteso a tutti i medici prescrittori su tutto il territorio regionale, siano essi Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale. In aggiunta, alla luce dell'avvio del flusso dei piani terapeutici dematerializzati verso Sogei, si prevede di attivare la firma digitale per questi ultimi. Si reputa importante che gli operatori sanitari che prescrivono i piani terapeutici possano completare la digitalizzazione anche con la firma digitale.

Obiettivo	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica medici specialisti	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica dei MMG/PLS	95% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021
Ricette dematerializzate non SSR	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021
Piani terapeutici dematerializzati	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato

### 8.6 Linee guida integrazione Asset

Con riferimento all'obiettivo del 2020 di pari oggetto, posticipato a causa dell'emergenza Covid, al fine di rendere il SSSR unico ed integrato, la DCS individua delle linee guida entro il 30.4. 2021 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...). Obiettivo regionale è avere una panoramica dei sistemi aziendali da considerare nella piattaforma di integrazione di cui al punto o.

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 31/10/2021

### 8.7 Piattaforma di integrazione

Nell'anno 2020 la DCS ha avviato l'analisi per l'individuazione di una piattaforma di integrazione di servizi che permette di raccogliere le informazioni incentrate sul paziente ovunque siano prodotte, organizzare le informazioni per rappresentare i percorsi assistenziali, rendere disponibili le informazioni del paziente su tutto il territorio fra tutti gli stakeholder che partecipano al processo di cura.

L'indirizzo strategico riguardante l'ICT Regionale è quindi quello di proseguire nel percorso di integrazione di soluzioni specialistiche di eccellenza del mercato con gli asset e le soluzioni del SSSR, incrementando le competenze attraverso la specializzazione e la formazione di contesto ma anche prevedendo l'utilizzo di

metodologie evolute, nuovi paradigmi e modalità operative.

Obiettivo	Risultato atteso
Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione della piattaforma (definizione processi, PDTA)	Tutte le aziende partecipano, con propri operatori, alle attività svolte per l'analisi dei processi e forniscono contributi per ottimizzare l'attivazione del PDTA. Si richiede la presenza del 90% delle convocazioni
Individuazione azienda pilota	Entro il 30/06/2021
Configurare e sperimentare il sistema nell'azienda pilota in accordo con le indicazioni di DCS partecipando alla messa a punto del sistema	Completare la sperimentazione del sistema presso l'azienda pilota entro il 31/10/2021

### 8.8 Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico

Nel corso del 2021 saranno promosse attività propedeutiche per lo sviluppo e la definizione del sistema informativo integrato a supporto del processo di presa in carico, che favorisca la condivisione delle informazioni rendendole disponibili agli operatori in base al contesto in cui operano.

Obiettivo	Risultato atteso
Istituzione di un gruppo tecnico a livello regionale per la definizione dei contenuti progettuali	Istituzione gruppo entro il 31.03.2021
Definizione del documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione del Capitolato	31.12.2021

### 8.9 Censimento apparecchiature

La fine del supporto Microsoft a Windows 7 (W7) intervenuta nel gennaio 2020 ha reso necessario aggiornare a Windows 10 le postazioni obsolete presenti nelle aziende sanitarie.

È opportuno cogliere l'occasione per completare l'analisi fatta lo scorso anno 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 *Business 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 31/5/2021
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2021
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2021

### 8.10 Privacy in Sanità

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 un gruppo stabile regionale formato dai Responsabili privacy delle aziende sanitarie per condividere le tematiche relative a questo argomento.

L'avvio del PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), che prevede una condivisione del dato tra i diversi titolari, necessita di una analisi e di una regolamentazione delle titolarità del dato, argomento di notevole interesse per la miglior cura del paziente.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Istituzione del gruppo privacy delle aziende sanitarie regionali; individuazione del segretario verbalizzante	Istituzione gruppo e segretario entro il 28.02.2021
Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.

Si prevede inoltre di organizzare almeno 3 corsi formativi sulla privacy in sanità rivolto a tutti i dipendenti della Direzione Centrale Salute, analizzando di volta in volta tematiche di interesse comune.

### 8.11 PACS

Con il coordinamento di ARCS si completerà la sperimentazione della soluzione di refertazione multimediale in ambito radiologico presso un sito pilota.

A valle della sperimentazione è necessario procedere con l'aggiornamento del sistema di refertazione vocale in quanto non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica.

A seguire la nuova soluzione di refertazione radiologica sarà progressivamente estesa alle altre Aziende che dovranno garantire l'adeguato supporto tecnico e clinico.

I nuovi profili di integrazione dovranno essere resi disponibili anche per altri ambiti clinico/diagnostici (endoscopia digestiva, ecocardiografia, ...).

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Referto multimediale	Avvio della sperimentazione presso il sito pilota entro il 30.04.2021. Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale
Refertatore vocale	Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica. INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021. Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.
Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Progetto entro il 31.12.2021 della soluzione, opportunamente configurata, al settore dell'ecocardiografia e all'endoscopia digestiva.

A seguito dell'avvenuta messa in servizio del fascicolo sanitario per l'operatore clinico è necessario far sviluppare a INSIEL una soluzione contestualizzata di visualizzazione, in condizioni **ruotinarie**, delle immagini diagnostiche associate ai referti clinici disponibili su repository di altre Aziende.

Similarmente dovranno essere individuate e valutate le possibili soluzioni tecnologiche per garantire la consultazione di referti e la visualizzazione delle relative immagini diagnostiche associate nelle seguenti situazioni:

- in regime emergenziale tra centri spoke e centri hub a livello interaziendale
- ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta la consultazione attraverso l'integrazione con i propri portali secondo profili standard.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Visibilità interaziendale di referti diagnostici e delle relative immagini per i pazienti in cura	Completamento della messa a punto delle integrazioni e configurazione del fascicolo sanitario "operatore" entro 31.03.2021 e avvio utilizzo in tutte le aziende entro 30.09.2021.
Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Panoramica delle possibili soluzioni strumentali entro 30.03.2021- Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.
Visibilità per i MMG e PLS dei referti diagnostici e delle relative immagini	Panoramica delle possibili soluzioni di integrazione con le diverse piattaforme in utilizzo da parte dei MMG e PLS: entro 30.03.2021- Sviluppo entro 30.09.2021 di una soluzione strumentale prototipale in grado di soddisfare le esigenze dei flussi emergenziali.
Consolidamento flussi emergenziali tempo-dipendenti tra spoke-hub:	Implementazione casi d'uso regionali per l'hub specialistico di Trieste. Realizzazione condizione di ridondanza tra hub specialistici di Trieste e di Udine.

D'intesa con la DCS e con l'opportuno coinvolgimento di stakeholder istituzionali e scientifici, ARCS procederà al completamento entro giugno 2021 dell'analisi e della 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. A seguire sarà redatto un documento sullo scenario evolutivo del sistema PACS per il periodo 2023-2027.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Completamento entro giugno 2021 dell'analisi e della 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. Descrizione dello scenario evolutivo del sistema PACS regionale nel periodo 2023-2027: entro settembre 2021.

La DCS, con il supporto di ARCS, coordina un tavolo di lavoro con INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia, per poter individuare e attuare le necessarie modifiche alla piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D.Lgs. 101/2020

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	<p>DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia.</p> <p>Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.</p>

## 9. FLUSSI INFORMATIVI, GESTIONE CONTABILE E DELLE RISORSE MATERIALI

### 9.1 Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, contabili, epidemiologici, e in generale, gestionali

Le basi dati gestionali attualmente in uso negli enti sanitari rappresentano lo strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti degli obblighi relativi ai flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (tra cui Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze, Parlamento) ai fini delle varie attività di governo nazionale. In merito va anche ricordato come la legge 27 dicembre 1997, n. 449, al comma 1 del suo articolo 32 preveda che nel caso in cui non vengano forniti al Sistema informativo sanitario i dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo, le regioni individuano le modalità per l'attribuzione delle diverse responsabilità ai direttori generali, eventualmente valutando l'opportunità di tenerne conto ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico dei direttori generali.

Fermi rimanendo gli ordinari obblighi degli enti di completezza, regolarità e rispetto dei termini nell'adempimento degli obblighi di trasmissione di dati, reporting e rendicontazione nella gestione amministrativa e contabile, si richiede agli enti l'assolvimento di tale adempimento con la massima diligenza, in particolare, ai fini dell'accreditamento e conservazione dei finanziamenti straordinari finalizzati alla gestione COVID 19, conformemente a quanto prevede l'art. 18, c. 1, del d.l. n. 18/2020 in merito all'obbligo di distinta tenuta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza con imputazione allo specifico centro di costo dedicato ("COV 20").

Gli enti si impegnano nel costante processo di miglioramento della qualità dei dati trattati e nelle attività di manutenzione e monitoraggio dell'integrità e validità 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).

Obiettivo	Risultato atteso
Miglioramento del governo dei flussi informativi verso amministrazione centrali	ARCS predisporre e rende disponibile entro il 30/6/2021 il manuale dei flussi informativi ministeriali precisando per ogni flusso tipologia, codice, descrizione, tempistica (frequenza di trasmissione e termini), fonte (contesto operativo e servizi informatici utilizzati per la creazione), soggetti alimentanti e obbligati alla trasmissione. Il manuale dovrà essere aggiornato e reso disponibile da ARCS nella versione aggiornata ad ogni variazione dei flussi ministeriali.

### 9.2 Applicativo SIASI e trattamento dei dati

Miglioramento del trattamento dei dati SIASI	
Obiettivi aziendali	Risultato atteso
Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Tutte le i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati
Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo SIASI	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema siasi entro 3 mesi dall'evento ASUGI: inserimento del 100% delle schede di morte del 2020 entro il 30 giugno 2021. ASUGI: Inserimento del 100% delle schede di morte del 2019 entro il 31.12.2021

### 9.3 Anagrafe Nazionale Assistiti

Con il 2021 ha luogo l'attivazione dell'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) in parallelo all'Anagrafe Nazionale della popolazione residente (ANPR) di gestione degli enti locali.

Al momento, in attesa di ANA, l'anagrafe sanitaria nazionale di riferimento è quella del sistema TS, implementata dall'anagrafe regionale e delle Aziende.

Considerato che l'anagrafe assistiti governa:

- l'individuazione a fini contabili delle istituzioni competenti;
- i flussi istituzionali, tra cui: NSIS, SDO, CEdap, anagrafe vaccini, Premal, 730, art.50, mobilità regionali, interregionali ed internazionali;
- l'interoperabilità delle banche dati a fini di:
  - a) governo e programmazione (dati anonimi)
  - b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico (dati anonimi)
  - c) cura: documentazione sanitaria, ADT, FSE, reti di patologia, registri, telemedicina, CUP, prescrizione e certificazione

vi è la necessità che vengano aggiornate le regole di iscrizione al SSR, con definizione di percorsi organizzativi uguali su tutto il territorio regionale, che vengano stabilite le titolarità delle anagrafi assistiti sia aziendali che regionale, al fine di poter certificare le attuali banche dati anagrafiche presenti presso le Aziende Sanitarie.

<b>Governo e miglioramento del trattamento dei dati dell'ANA</b>	
<b>Obiettivi aziendali</b>	<b>Risultato atteso</b>
Partecipazione al tavolo istituito dalla DCS per la ricognizione della normativa e disciplina applicabile nella gestione/registrazione dei dati, della titolarità delle anagrafi aziendali e regionale degli assistiti, funzionalmente ad una riorganizzazione dei processi di trattamento del dato	ARCS predispone e consegna entro il 31 maggio 2021 alla Direzione centrale salute il documento programmatico sui punti.
Definizione dei percorsi organizzativi aziendali dei processi di trattamento dei dati dell'Anagrafe assistiti regionale, al fine dell'allineamento con ANA, inclusi i servizi informatici utilizzati, le competenze del personale, la gestione/interconnessione dei flussi	ARCS presenta entro il 30 settembre 2021 alla Direzione centrale salute una relazione contenente le criticità e le positività, meritevoli di estensione di applicazione, che si siano riscontrate nel corso dell'analisi, nonché un'ipotesi, o più ipotesi alternative, di riorganizzazione dei processi di trattamento finalizzati al miglioramento tecnico e economico dello stesso, prevedendo nel dettaglio tempistiche, modalità, costi e benefici delle ipotesi riorganizzative proposte.

### 9.4 Governo e monitoraggio delle prestazioni di cura autorizzate all'estero

Per il necessario governo dei fenomeni di mobilità internazionale appare necessario attivare adeguati strumenti, organizzativi ed operativi, per il monitoraggio delle prestazioni di cura sviluppo di metodologie per il monitoraggio autorizzate all'estero sia in base al D.M. del 1989 che della direttiva transfrontaliera.

A tal fine va operata un'attività regionale ricognitiva finalizzata a:

- ricognizione del funzionamento della Commissione regionale cure estero ai fini di una sua possibile revisione;
- identificazione dei Centri di riferimento clinico;
- ricognizione dei ruoli degli attori di sistema (Direzione centrale salute, Aziende, ARCS, Centri di riferimento clinico);
- ricognizione dei processi di gestione delle richieste e del percorso certificativo specialistico ai fini di una loro riorganizzazione e miglioramento;
- identificazione di dati, informazione e report da produrre a sostegno dell'autorizzazione, in rapporto ai tempi di attesa, appropriatezza clinica e classificazione LEA delle prestazioni nonché della competenza delle strutture

estere;

- ricognizione delle procedure contabili per i rimborsi e i pagamenti anche funzionalmente ad una loro possibile riorganizzazione e miglioramento.

Funzionalmente agli esiti dell'analisi ricognitiva svolta va avviata un'attività volta alla riorganizzazione dei processi in discorso, anche con possibile creazione di servizi informatici, paralleli a TECAS, che forniscano funzionalità adeguate al monitoraggio delle richieste di cure all'estero anche in funzione programmatica per il governo del fenomeno.

<b>Governo e monitoraggio delle prestazioni di cura autorizzate all'estero</b>	
<b>Obiettivi aziendali</b>	<b>Risultato atteso</b>
Partecipazione al tavolo istituito dalla DCS per l'analisi ricognitiva come dettagliata <i>supra</i> nel presente punto, funzionalmente al miglioramento del governo delle attività di gestione delle prestazioni di cura all'estero autorizzate o comunque richieste, da conseguirsi con specifiche attività riorganizzative supportate da eventuali aggiuntivi servizi informatici	ARCS presenta entro il 31 luglio 2021 alla Direzione centrale salute una relazione contenente gli esiti dell'avvenuta ricognizione. La relazione deve contenere l'esposizione delle criticità e delle positività che si siano riscontrate nel corso dell'analisi, nonché un'ipotesi, o più ipotesi alternative, di riorganizzazione dei processi e di miglioramento tecnico e economico della gestione finalizzata al miglioramento del governo delle attività di gestione, monitoraggio e controllo delle richieste e prestazioni di cura all'estero autorizzate o comunque richieste. La relazione deve contenere per ogni ipotesi riorganizzativa l'esposizione in dettaglio di tempistiche, modalità, costi e benefici delle ipotesi riorganizzative proposte, anche in relazione agli aggiuntivi servizi informatici proposti.

### 9.5 Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini

La gestione collegata ai rapporti tra gli enti sanitari e ARCS quale centrale di committenza per l'acquisto dei beni richiede particolare attenzione ai fini della corretta contabilizzazione dei beni nel ciclo di gestione dei magazzini. Per una corretta valorizzazione dei costi della gestione degli enti nel rispetto del principio di competenza economica risulta pertanto necessario per gli enti verificare e adeguare le modalità di gestione contabile dei beni acquistati in rapporto al loro effettivo utilizzo nel ciclo produttivo annuale per una corretta valorizzazione delle rimanenze di magazzino dei beni non consumati.

A tal fine va operata una verifica delle procedure contabili e amministrative di gestione dei magazzini e dei beni acquistati ai fini della corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile	ARCS predispone e trasmette alla Direzione salute entro il 30/6/2021 una relazione in cui, in merito a procedure e modalità amministrative e di contabilizzazione seguite dagli enti del SSR nella gestione dei beni acquistati in rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica: <ul style="list-style-type: none"><li>- si evidenzia lo stato esistente in ciascun ente;</li><li>- si verifica e valuta la funzionalità e conformità delle procedure esistenti in rapporto agli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile;</li><li>- si comunicano le eventuali misure correttive necessarie da adottarsi negli enti per garantire il</li></ul>

rispetto degli obblighi di adeguata e regolare rappresentazione contabile, evidenziando contenuti, modalità e tempistica prevista per il processo di adeguamento correttivo.
--

## 9.6 Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale

Considerato il peso preponderante del parco biomedicale all'interno della sezione beni mobili dello stato patrimoniale e valutati i possibili vantaggi in termini di politiche strategiche di investimento tecnologico che potrebbero derivare da una gestione patrimoniale dedicata, risulta opportuno procedere all'elaborazione di un'analisi e della conseguente ipotesi operativa avente ad oggetto un possibile processo di modificazione delle modalità di gestione della dotazione tecnologica biomedicale (di seguito indicata come BIOMEDICALI) attualmente vigenti. Tali analisi e ipotesi operativa, in particolare, devono valutare ed esporre vantaggi e svantaggi operativi, funzionali ed economici, unitamente a modalità e tempistica, di una possibile devoluzione ai servizi di ingegneria clinica aziendali anche delle competenze di gestione amministrativa e patrimoniale dei BIOMEDICALI, a completamento di quelle già esercitate nella gestione tecnica del ciclo di vita dei BIOMEDICALI. Nell'analisi e nella redazione della soluzione operativa adottabile, o delle soluzioni operative adottabili, va, peraltro, assicurata particolare attenzione alla predisposizione di modalità attuative adeguate e finalizzate a realizzare economie di scala e ad escludere in modo tassativo incrementi di costo aziendale che possano derivare dallo svolgimento di attività amministrative, o comunque non tecnico-specialistiche, richieste dalla gestione patrimoniale dei BIOMEDICALI nelle ipotizzate nuove modalità organizzative. Nella metodologia da utilizzarsi nell'analisi da svolgersi e nell'elaborazione delle ipotesi operative non può ammettersi o ipotizzarsi in nessun caso alcuna presunzione di economia di costo aziendale che assuma il prodursi automatico di una riduzione dei costi in conseguenza dell'adozione delle nuove modalità organizzative proposte o ipotizzate. Ogni ipotesi di risparmio di risorse umane previsto nell'ipotesi operativa di riorganizzazione deve esporre in modo dettagliato specificatamente, per contenuti e tempistica di attuazione, le modalità di trasferimento o nuovo utilizzo in diversa unità produttiva delle risorse umane coinvolte nel processo di riorganizzazione che si intenda considerare fattore di risparmio di risorse conseguito nelle nuove modalità organizzative.

Preliminarmente e ai fini della necessaria valutazione economica di dettaglio, da effettuare applicando le elaborate analisi e ipotesi riorganizzative ai BIOMEDICALI degli enti, si fissa per il 2021 l'obiettivo di una ricognizione inventariale straordinaria dei BIOMEDICALI di ciascuna azienda, con il conseguente aggiornamento dello stato patrimoniale e del relativo libro cespiti.

<b>Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale</b>	
<b>Obiettivi aziendali</b>	<b>Risultato atteso</b>
Ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	ARCS garantisce e comunica agli enti e alla Direzione salute entro il 30 aprile 2021 i criteri individuati per la classificazione delle tecnologie biomedicali e per le procedure inventariali e ne coordina l'adozione omogenea negli enti a livello regionale. Ciascun ente conclude entro il 31.10.2021 la ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.
Aggiornamento dello stato patrimoniale	Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale.

<b>Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale</b>	
<b>Obiettivi aziendali</b>	<b>Risultato atteso</b>
Elaborazione di una relazione contenente l'analisi e la conseguente ipotesi operativa, o le possibili alternative ipotesi operative, finalizzate all'attuazione di un processo di modificazione delle modalità di gestione in essere della dotazione tecnologica biomedicale negli enti sanitari che preveda la devoluzione ai servizi di ingegneria clinica aziendali anche delle competenze di gestione amministrativa e patrimoniale della dotazione, nel rispetto dei vincoli metodologici di elaborazione esposti, <i>supra</i> , in premessa	ARCS presenta alla Direzione centrale salute la relazione entro il 31 ottobre 2021

### **9.7 Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi**

L'utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione richiede particolare attenzione ai fini di una corretta rappresentazione contabile dei costi collegati funzionalmente alla redazione del bilancio e degli altri adempimenti informativi contabili. La necessità di possedere adeguate e regolari rappresentazioni contabili delle strutture di costo è finalizzata al miglioramento della gestione dell'ente, ma anche ai fini del corretto adempimento degli obblighi informativi finalizzati all'esercizio della vigilanza e governo esercitati da organismi nazionali e regionali. Per garantire una fedele ed utile rappresentazione contabile delle strutture di costo degli oneri conseguenti all'utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione gli enti sono tenuti alla verifica e, se richiesto, miglioramento della corretta rappresentazione contabile degli aspetti economici collegati all'uso di tali strumenti gestionali.

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Gli enti entro il 30/6/2021: - effettuano una ricognizione nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione nonché le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso; -in caso di sussistenza dello strumento gestionale in discorso, predispongono e trasmettono alla Direzione centrale salute ed ARCS una relazione illustrativa sulle modalità di rappresentazione contabile del suo utilizzo evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate - per l'adeguamento di gestione contabile necessario.

## 10. GLI INVESTIMENTI

### 10.1 Stanziamenti in conto capitale per il triennio 2021-2023

Gli stanziamenti in conto capitale per interventi di investimento nel SSR sul bilancio regionale 2021-23 sono riportati nella seguente tabella:

Tipologia	Capitolo	2021	2022	2023	TOTALE
regionali	4398	38.120.000,00	14.400.000,00	60.511.100,20	113.031.100,20
regionali	10951	1.000.000,00	12.000.000,00	12.000.000,00	25.000.000,00
regionali	11951	500.000,00	3.500.000,00	4.000.000,00	8.000.000,00
	di cui già impegnati	32.164.901,46	550.000,00	-	32.714.901,46
	<b>di cui da programmare</b>	<b>7.455.098,54</b>	<b>29.350.000,00</b>	<b>76.511.100,20</b>	<b>113.316.198,74</b>
CdP2	7505	5.144.850,00	-	-	5.144.850,00
	di cui già impegnati		-	-	-
	<b>di cui da programmare</b>	<b>5.144.850,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5.144.850,00</b>
BEI	7504	23.544.846,23	61.495.153,77	-	85.040.000,00
	di cui già impegnati	23.544.846,23	29.967.664,74	-	53.512.510,97
	<b>di cui da programmare</b>	<b>-</b>	<b>31.527.489,03</b>	<b>-</b>	<b>31.527.489,03</b>
<b>TOTALE DA PROGRAMMARE</b>		<b>12.599.948,54</b>	<b>60.877.489,03</b>	<b>76.511.100,20</b>	<b>149.988.537,77</b>

#### 10.1.1 Capitolo 10951 per euro 25.000.000,00

Le risorse stanziare sul capitolo 109151 complessivamente pari a euro 25.000.000,00, di cui euro 1.000.000,00 sul 2021, euro 12.000.000,00 sul 2022 ed euro 12.000.000,00 sul 2023, sono programmate secondo quanto previsto dalla LR 27/2020 art. 2 commi dal 14 al 20 che si riportano di seguito:

14. Ai sensi del comma 1, lettera a), la Regione è autorizzata a partecipare alla riqualificazione del comprensorio di via Pozzuolo n. 330 di Udine, sede dell'ex ospedale psichiatrico.

15. Per le finalità di cui al comma 14, la Regione è autorizzata a concedere all'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale l'importo massimo di 25 milioni di euro.

16. Il progetto di fattibilità tecnico economica per le finalità previste al comma 14 è redatto dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) alla quale la Regione è autorizzata a concedere un'anticipazione finanziaria ai sensi dell'articolo 6, comma 28, della legge regionale 29 dicembre 2015, n. 34 (Legge di stabilità 2016), al fine di realizzare la Cittadella della salute di Udine.

17. L'anticipazione finanziaria di cui al comma 16 è concessa su istanza del legale rappresentante dell'ente richiedente accompagnata da uno studio di fattibilità da trasmettere alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il 31 marzo 2021.

18. Per le finalità previste al comma 15 è destinata la spesa complessiva di 25 milioni di euro, suddivisa in ragione di 1 milione di euro per l'anno 2021, 12 milioni di euro per l'anno 2022, 12 milioni di euro per l'anno 2023, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2021-2023, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella N di cui al comma 44.

19. Per le finalità previste al comma 16 si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 3 (Spese per incremento attività finanziarie) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2021-2023.

20. Le entrate di cui al comma 16 sono accertate e riscosse al Titolo n. 5 (Entrate da riduzione di attività finanziarie) - Tipologia n. 50300 (Riscossione di crediti di medio lungo termine) dello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2021-2023.

#### 10.1.2 Capitolo 11951 per euro 8.000.000,00

Le risorse stanziare sul capitolo 109151 complessivamente pari a euro 8.000.000,00, di cui euro 500.000,00 sul 2021, euro 3.500.000,00 sul 2022 ed euro 4.000.000,00 sul 2023, sono programmate secondo quanto previsto dalla

LR 27/2020 art. 9 commi dal 7 al 12 che si riportano di seguito:

7. La Regione è autorizzata a partecipare alla realizzazione della nuova sede del servizio 118 di Trieste presso l'area di Portovecchio.
8. Per le finalità di cui al comma 7, la Regione è autorizzata a concedere all'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina l'importo massimo di 8 milioni di euro.
9. Il progetto di fattibilità tecnico economica per le finalità previste al comma 7 è redatto dall'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, alla quale la Regione è autorizzata a concedere un'anticipazione finanziaria, ai sensi dell' articolo 6, comma 28, della legge regionale 29 dicembre 2015, n. 34 (Legge di stabilità 2016), su istanza del legale rappresentante dell'ente richiedente, accompagnata da uno studio di fattibilità da trasmettere alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità entro il 31 marzo 2021.
10. Per le finalità di cui al comma 7 è destinata la spesa complessiva di 8 milioni di euro, suddivisi in ragione di 500.000 euro per l'anno 2021, 3.500.000 euro per l'anno 2022, 4 milioni di euro per l'anno 2023, a valere sulla Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2021-2023, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella H di cui al comma 49.
11. Per le finalità di cui al comma 9 si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 3 (Spese per incremento attività finanziarie) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2021-2023.
12. Le entrate di cui al comma 9 sono accertate e riscosse al Titolo n. 5 (Entrate da riduzione di attività finanziarie) - Tipologia 50300 (Riscossione di crediti di medio lungo termine) dello stato di previsione dell'entrata del bilancio per gli anni 2021-2023.

#### **10.1.3 Capitolo 7505 per euro 350.000,00**

Le risorse stanziare sul capitolo 7505 pari a euro 350.000,00 sull'esercizio 2021 sono programmate secondo quanto previsto dalla LR 27/2020 art. 9 commi dal 3 al 6 che si riportano di seguito:

3. L'Amministrazione regionale è autorizzata a finanziare l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina per la costituzione e l'aggiornamento di un registro per monitorare e identificare le basi eziologiche della morte cardiaca improvvisa, anche giovanile, per ampliare le conoscenze sui meccanismi delle patologie cardiache, genetiche e non genetiche, e per identificare in vitro nuovi target farmacologici, a beneficio preventivo dei familiari e dei soggetti a rischio.
4. Le attività connesse alla costituzione del registro di cui al comma 3 sono gestite e coordinate dall'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina attraverso un gruppo multidisciplinare di rappresentanti aziendali, di ciascuna area vasta, delle strutture regionali di Cardiologia, Anatomia patologica e Medicina legale, e con la partecipazione della Medicina generale, della Medicina dello sport e della Genetica medica.
5. Il registro di cui al comma 3 favorisce sia l'integrazione dei dati clinici dei casi del Servizio sanitario regionale sia un flusso informativo costante tra le strutture sanitarie regionali.
6. Per le finalità di cui al comma 3 si provvede, relativamente alle spese di parte corrente, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) e, relativamente alle spese di parte capitale, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2021-2023

#### **10.1.4 Capitolo 7505 per euro 2.294.901,46 e capitolo 4398 per euro 3.705.098,54**

Le risorse stanziare sul capitolo n. 7505 per euro 2.294.901,46 sull'esercizio 2021 e n. 4398 per euro 3.705.098,54 sull'esercizio 2021, pari a complessivi euro 6.000.000,00, sono programmate secondo quanto stabilito dalla DGR 1862 del 11 dicembre 2020 per fornire copertura finanziaria a interventi di investimento edili impiantistici e a acquisizioni di beni mobili e tecnologici connessi all'emergenza epidemiologica da COVID19 da realizzare o già realizzati, per il quali resta fermo l'obbligo da parte degli Enti di rendicontazione anche ai fini della richiesta di finanziamento straordinario statale o per il loro riconoscimento da parte delle Strutture Commissariali per la

gestione dell'Emergenza COVID-19. Tali attribuite sono oggetto di riprogrammazione regionale, nella misura corrispondente ai finanziamenti straordinari effettivamente riconosciuti e ad avvenuto accertamento dell'entrata. Le risorse sono ripartite come da tabella seguente:

<b>Ente del SSR</b>	<b>Quota prevista (euro)</b>
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale	2.000.000,00
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina	2.000.000,00
Azienda Sanitaria Friuli Occidentale	1.500.000,00
IRCCS Burlo Garofolo	500.000,00
<b>Totale</b>	<b>6.000.000,00</b>

#### **10.1.5 Capitolo 7505 per euro 59.013,38**

Le risorse stanziate sul capitolo n. 7505 per euro 59.013,38 sull'esercizio 2021 sono programmate secondo quanto stabilito dalla DGR 1862 del 11 dicembre 2020 e danno copertura alla quota di cofinanziamento regionale obbligatorio secondo le modalità dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, in relazione agli interventi di attivazione di aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza COVID-19, sino al termine dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, ai sensi di quanto stabilito dall'articolo 4, comma 4, del D.L. n. 18/2020.

#### **10.1.6 Capitolo 7504 per euro 31.527.489,03**

Le risorse finanziarie stanziate sul capitolo 7504 per euro 31.527.489,03 sull'esercizio 2022 sono coperte in entrata da fondi a mutuo della Banca Europea degli Investimenti che stabilisce che gli interventi finanziati con tali risorse siano completati entro il 31.12.2023 (sono escluse le acquisizioni di immobili, sono possibili le acquisizioni di tecnologie e beni mobili solo se destinati al completamento di interventi edili impiantistici) sono programmate con atti successivi sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2021, del piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 di cui alla DGR n. 1224 del 7 agosto 2020 anche tenendo conto dei maggiori e imprevisti oneri derivanti dalla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

#### **10.1.7 Capitolo 7505 per euro 2.440.935,16 e capitolo 4398 per euro 74.361.100,20**

Le risorse finanziarie stanziate sui capitoli n. 7505 per euro 2.440.935,16 sull'esercizio 2021 e n. 4398 per euro 74.361.100,20, di cui euro 13.850.000,00 sull'esercizio 2022 ed euro 60.511.100,20 sul 2023, per complessivi euro 76.802.035,36 sono programmate

- 1) Per euro 2.250.000,00 per l'attuazione di interventi di investimento non previsti nel programma triennale degli investimenti degli Enti del SSR ed emergenti nel corso dell'anno, in attuazione dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 secondo quanto disposto dalla DGR n. 693 del 15.05.2020.
- 2) Le rimanenti risorse pari a euro 74.552.035,36 sono programmate con atti successivi sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2021 anche tenendo conto dei maggiori e imprevisti oneri derivanti dalla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle eventuali risorse derivanti dal finanziamento straordinario statale o da parte delle Strutture Commissariali per la gestione dell'emergenza COVID-19.

#### **10.1.8 Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID**

Con decreto n. 1 il Commissario delegato per l'attuazione degli interventi finalizzati alla realizzazione delle opere previste nel Piano per il potenziamento della Rete Ospedaliera per emergenza COVID-19 ha stabilito il quadro della governance ai sensi del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, nominando "soggetti attuatori", per gli interventi di

competenza del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia di cui alla DGR n. 1224 del 7 agosto 2020, i seguenti Enti del SSR:

- Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale,
- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina,
- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale,
- IRCCS Burlo Garofolo.

Ha inoltre stabilito che

- l'attività di coordinamento per l'attuazione del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dal Servizio Pianificazione Controllo Tecnologie e Investimenti della Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità,
- l'attività di monitoraggio, controllo e controllo della rendicontazione circa gli interventi del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dalla SS Patrimonio regionale del SSR dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), con un numero adeguato di personale sia con riferimento alle funzioni tecniche sia a quelle amministrative.

### **10.1.9 IRCCS Burlo Garofolo**

Con DGR n. 1734 del 20.11.2020 è stata assegnata all'IRCCS Burlo Garofolo la quota pari a euro 7.235.000,00 per l'acquisizione e l'adeguamento degli edifici nel comprensorio denominato Opera San Giuseppe, la realizzazione dei pertinenti posti auto e per la realizzazione della mensa esterna e ristrutturazione di alcune aree interne. Nel corso del 2021 l'Istituto dovrà sviluppare, mediante una collaborazione con ASUGI ed ARCS una valutazione congiunta sull'area complessiva della sede attuale e di quella della nuova acquisizione, che preveda, oltre all'eventuale vendita della stessa, anche la sua conversione, ad avvenuto trasferimento nella nuova sede presso il Comprensorio di Cattinara, in una o più strutture di assistenza intermedia di cui all'art. 20 della LR 22/2019, come stabilito con parere del NVISS n. 1824-EDI2223-IB-IN.

## **10.2 Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti**

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

## **10.3 Altre disposizioni**

### **10.3.1 Obblighi di acquisizione di parere della DCS**

Nel 2021 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;

### **10.3.2 Programmazione 2022**

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2022, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2022 (PPI 2022). Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2022 entro il 15 settembre

2021 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti. L'ARCS, oltre al proprio PPI 2022, dovrà trasmettere al NVISS i PPI 2022 adottati dagli Enti del SSR accompagnata da una relazione sulla programmazione complessiva degli Enti del SSR entro il 15 ottobre 2021.

Nei PPI 2022 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)
  -

### **10.3.3 Accordi con il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico**

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.

### **10.3.4 Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti**

ARCS proseguirà nel 2021 l'attuazione del progetto di ricognizione e valutazione dei beni immobili degli enti del SSR finalizzato ad implementare un sistema di monitoraggio di tutto il patrimonio del SSR utile ai fini tecnico-amministrativi e di programmazione degli investimenti da parte della Regione (c.d. Progetto ASSIST).

ARCS eserciterà inoltre la funzione di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR.

### **10.3.5 Ulteriori disposizioni per la gestione di interventi d'investimento connessi all'emergenza epidemiologica da COVID-19**

Richiamata la deliberazione n. 693 del 15 maggio 2020 con la quale si è stabilito il riparto tra gli Enti del SSR della quota complessivamente pari a euro 69.558.655,68 per interventi di investimento inseriti nei Programmi Preliminari degli Investimenti degli Enti del SSR, si stabilisce che tali risorse siano destinate dagli Enti del SSR

prioritariamente alla copertura finanziaria degli interventi di investimento edili impiantistici o per acquisizioni di beni mobili e tecnologici connessi all'emergenza epidemiologica da COVID-19 già realizzati nel corso del 2020 per i quali non è già prevista una diversa copertura ex DL 18/2020, DL 34/2020 o nell'ambito del Piano di potenziamento della rete ospedaliera. Gli Enti provvedono entro il 18 febbraio 2021 all'aggiornamento dell'elenco degli interventi di investimento già trasmesso alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità secondo quanto disposto dai decreti di concessione di tali finanziamenti.

Rimane fermo l'obbligo agli Enti di rendicontazione degli interventi di investimento edili impiantistici o per acquisizioni di beni mobili e tecnologici connessi all'emergenza epidemiologica da COVID-19 già realizzati nel corso del 2020 anche ai fini della richiesta di finanziamento straordinario statale o per il loro riconoscimento da parte delle Strutture Commissariali per la gestione dell'Emergenza COVID-19. Le quote attribuite ai sensi del presente atto sono riprogrammate dagli Enti del SSR per investimenti nella misura corrispondente quella dei finanziamenti straordinari statali o commissariali effettivamente riconosciuti e ad avvenuto accertamento dell'entrata.

## 11. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

### 11.1 Quadro di riferimento

Il contesto attuale risulta fortemente condizionato dall'incertezza derivante dall'emergenza sanitaria da COVID-19 che necessariamente si riflette anche sul fabbisogno e sulla gestione delle risorse umane.

Anche nell'anno in corso, pertanto, la gestione sanitaria sarà impegnata nella prosecuzione degli interventi per far fronte all'emergenza, oltre che nella ripresa delle attività ordinarie per assicurare i LEA.

#### 11.1.1 Costi del personale e politiche assunzionali

Le politiche assunzionali per l'anno 2021 dovranno essere attuate nel rispetto del vincolo stabilito dall'art.11 c. 1 del D.L.35/2019 e s.m.i. in base al quale dall'anno 2019 la spesa per il personale del SSR non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018.

Con DGR 1473 del 1° ottobre 2020 la spesa per il personale del SSR per l'anno 2018 è stata determinata in € **863.275.112,01**.

Tale importo rappresenta, quindi, il limite invalicabile per la spesa di personale anche per l'anno 2021.

Si riporta di seguito il tetto di spesa 2021 per il personale assegnato a ciascun Ente.

ENTE	TETTO DI SPESA 2021
ARCS	8.946.766,81
ASFO	160.159.995,08
ASU FC	371.029.213,70
ASU GI	259.561.047,53
BURLO	33.580.323,85
CRO	29.997.765,04
TOTALE	863.275.112,01

Il tetto di spesa stabilito a livello regionale potrà essere oggetto di variazioni in occasione delle manovre di bilancio. In caso di trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende cui consegua anche il passaggio di personale, il costo relativo ai rapporti di lavoro oggetto di trasferimento che incide sul tetto di spesa dovrà risultare da apposita certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare di tali risorse - incluse le correlate quote di fondo -- e le unità di personale coinvolte. I predetti trasferimenti di risorse fra le Aziende saranno ad invarianza di costo complessivo.

#### **Istituti di carattere economico introdotti dalla Legge 178 del 30.12.2020 (Legge Finanziaria 2021) che incidono sui costi del personale**

- **Art.1 comma 407 – incremento dell'indennità di esclusività**

nell'ottica di valorizzare il servizio della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria presso gli enti del SSN, gli importi annui lordi, comprensivi della tredicesima mensilità, dell'indennità di esclusività di cui all'art.89 del CCNL 19.12.2019 dell'area della sanità sono incrementati del 27%.

Il predetto incremento decorre dal 1° gennaio 2021.

**In via prudenziale, nelle more di eventuali disposizioni, interpretazioni o chiarimenti che dovessero intervenire, gli oneri derivanti dall'applicazione di tale comma sono da considerarsi ricompresi all'interno del tetto di spesa per l'anno 2021.**

- **Art. 1 comma 409 – indennità di specificità infermieristica**

Al fine di riconoscere e valorizzare le competenze e le specifiche attività svolte dal personale infermieristico, la

disposizione introduce, con effetto dal 1° gennaio 2021, un'indennità di specificità infermieristica quale voce del trattamento economico fondamentale. La definizione della misura e della disciplina dell'indennità sono demandate alla contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2019-2021.

- **Art.1 comma 414 – indennità di tutela del malato e per la promozione della salute**

Al fine di valorizzare l'apporto delle competenze e del ruolo del personale nelle attività direttamente intese alla tutela del malato e alla promozione della salute, la disposizione introduce, con effetto dal 1° gennaio 2021, un'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute in favore dei dipendenti degli enti del SSN appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie, di ostetrica e di assistente sociale, ovvero appartenenti alla categoria degli OSS. L'anzidetta indennità fa parte del trattamento economico fondamentale. La disciplina dell'indennità ed il relativo importo sono demandate alla contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2019-2021.

Nell'ambito del tetto di spesa per l'anno 2021 assegnato, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l'anno 2021 indicando la dotazione organica per profilo professionale al 31.12.2020 e programmata al 31.12.2021, tenendo distinte le unità di personale dedicate all'attività istituzionale da quelle destinate all'emergenza. Per la rappresentazione della manovra dovranno essere utilizzate le tabelle relative ai Piani triennali di fabbisogni di personale.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità fornirà specifiche indicazioni per la compilazione della scheda dei costi correlata alla dotazione di cui sopra.

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

In particolare, attesa la necessità di rispettare il vincolo regionale in occasione dell'attivazione delle funzioni delineate dall'art.4 della L.R. 27/2018, l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) è tenuta a richiedere, per ciascuna assunzione, la preventiva autorizzazione della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità che ne valuterà la coerenza con le attività ed il mandato istituzionale, anche in relazione all'obbligatorietà di non peggioramento dei complessivi livelli di sistema di costo delle risorse nel caso di trasferimento di attività tra enti.

### **11.1.2 Fondi contrattuali**

In materia di fondi contrattuali si richiamano i seguenti principi fondamentali cui le Aziende ed Enti dovranno attenersi:

- si ribadisce l'obbligo di costituzione annuale con atto formale dei fondi contrattuali che vanno certificati dal Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.40-bis, comma 1 del D. Lgs.165/2001;
- nell'ottica di garantire l'invarianza finanziaria, si ricorda che nel caso di trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende cui consegua anche il passaggio di personale, fino all'approvazione di nuovi criteri da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, continuano a trovare applicazione le disposizioni contenute nelle DGR 3220 del 12.12.2005, 700 e 702 del 29.3.2007;
- l'acquisizione di personale a seguito di mobilità volontaria non comporta il trasferimento dei fondi contrattuali del personale trasferito;
- nel caso di incremento di spesa disposto in deroga al vincolo per effetto di norme nazionali, i correlati incrementi dei fondi contrattuali al fine di assicurare "l'invarianza del valore medio-procapite riferito all'anno 2018" dovranno essere preventivamente autorizzati con provvedimento della Giunta Regionale.

### **11.1.3 Rinnovi contrattuali**

Il finanziamento 2021 prevede la copertura dei costi dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato di competenza dell'anno.

Le quote di competenza 2021 dei rinnovi contrattuali 2019/2021 sia del personale dipendente (comparto e

dirigenza) sia del personale convenzionato, pari al 4,07% sul costo da CE 2018, sono finanziate nell'ambito delle spese sovraziendali - *Tabella 2 - Finanziamento attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. "sovraziendali")* -. In sede di predisposizione del bilancio preventivo 2021 le Aziende dovranno pertanto provvedere ad iscrivere nelle voci opportune i relativi costi ed accantonamenti come esposti nelle tabelle allegate al presente atto.

#### **11.1.4 Risorse regionali aggiuntive**

Tali risorse sono destinate allo sviluppo di progettualità di particolare valenza e coerenti con gli obiettivi strategici regionali, che consentano la valorizzazione del personale sulla base di criteri oggettivi e misurabili, in modo tale che venga evitata una distribuzione di carattere stabile e automatico. Il riconoscimento, peraltro, deve avvenire nel pieno rispetto alla performance organizzativa ed individuale.

Le progettualità, il personale dedicato, i criteri di erogazione, gli importi e le ulteriori modalità gestionali sono definiti in sede di accordo con le OO.SS. delle rispettive aree negoziali.

#### **11.1.5 Prestazioni aggiuntive**

L'istituto riguarda esclusivamente il personale della dirigenza appartenente all'area sanità, ad eccezione dei dirigenti delle professioni sanitarie, ed il personale del comparto, limitatamente ai profili di c.p.s. – infermiere e tecnico sanitario di radiologia medica.

L'istituto delle prestazioni aggiuntive non può essere utilizzato come strumento di pianificazione ordinaria dell'attività istituzionale.

Le prestazioni aggiuntive sono ammesse in presenza dei requisiti previsti dalla legge e dai CCNL a condizione che sia stato previamente utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (es. straordinario, pronta disponibilità, ...).

La richiesta di autorizzazione alle prestazioni aggiuntive va presentata dagli Enti del SSR alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Nella richiesta vanno indicati:

- la struttura interessata;
- le motivazioni, con l'indicazione, altresì, che è stato utilizzato ogni altro istituto contrattuale percorribile (straordinario, turnazioni ...);
- le attività e la durata;
- le ore richieste ed il numero di professionisti coinvolti;
- l'importo totale della spesa.

Requisito imprescindibile per il ricorso all'istituto è che il relativo onere trovi compatibilità economica con riferimento all'esercizio in corso.

La Direzione, valutata la sussistenza degli elementi e la congruità della richiesta, rilascia apposita autorizzazione.

#### **11.1.6 DL 158/2012 – art.2, c.1 lett. e)**

Per le finalità indicate nell'art.2, comma 1 lett.e) del DL 158/2012 e s.m.i., le Aziende potranno utilizzare gli accantonamenti pari al 5 per cento dei compensi libero-professionali, previa autorizzazione della Direzione centrale salute. La richiesta di autorizzazione dovrà contenere gli elementi sopra elencati.

#### **11.1.7 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) 2021-2023 in occasione dell'approvazione del bilancio preventivo economico annuale.

Il PTFP - quale atto di programmazione triennale adottato annualmente - può essere modificato di anno in anno

in relazione alle “mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale”. In via residuale è consentita la modifica in corso d’anno al solo fine di fronteggiare situazioni nuove e non prevedibili al momento della sua adozione e deve essere, in ogni caso, adeguatamente motivata.

In termini di costo, nel PTFP devono essere indicate le risorse finanziarie destinate all’attuazione del piano stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle dinamiche a livello aziendale (assunzioni, cessazioni, andamento contratti di lavoro flessibile) compatibilmente con la cornice finanziaria delineata dalla presente DGR.

Ricordato che il PTFP riguarda tutte le tipologie di personale (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro flessibile) indispensabile per l’assolvimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto della programmazione sanitaria, i Piani dovranno contenere l’indicazione:

- del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato suddiviso per ruolo, categoria e profilo, da esprimersi sia in teste che in tempo pieno equivalente (FTE), con specifica evidenza del personale della ricerca e del personale universitario che svolge funzioni assistenziali;
- del personale con contratti flessibili (lavoro autonomo, co.co.co., libera professione., rapporti di somministrazione...).

In caso di assunzioni/cessazioni in corso d’anno il numero di teste deve essere indicato per intero.

La dotazione dovrà essere espressa alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Si ritiene utile, in adesione alle previsioni contenute nelle Linee di Indirizzo dell’8.5.2018, che una sezione del PTFP sia dedicata al monitoraggio dei costi per:

- prestazioni aggiuntive;
- medici convenzionati, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni ai sensi degli Accordi Collettivi Nazionali vigenti;

Il PTFP dovrà essere rappresentato utilizzando le tabelle che verranno fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Il PTFP sarà approvato con decreto della 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.

Nelle more dell’approvazione dei PTFP da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità le Aziende ed Enti del SSR potranno effettuare in linea generale:

- le assunzioni dirette ad assicurare i servizi essenziali/attività istituzionali insopprimibili
- le assunzioni per far fronte all’emergenza epidemiologica da COVID- 19

Per ARCS si richiama il regime autorizzatorio descritto al punto 11.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali,

#### **11.1.8 Ricognizione assetti e dotazioni organiche - ARCS**

La Legge Regionale 12 dicembre 2019, n. 22 “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006” persegue, tra le altre, la sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale attraverso la riorganizzazione e l’impiego efficiente delle risorse strutturali e delle competenze professionali, nonché l’idonea assegnazione delle risorse.

Il riassetto organizzativo-funzionale del sistema sanitario regionale operato dalla Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 27 si pone infatti quale obiettivo primario il miglioramento della qualità e dell’efficienza nella gestione dei servizi resi, in un’ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi oltre che di erogazione delle prestazioni in modo appropriato e uniforme.

Alla luce delle funzioni attribuite ad ARCS dalla citata legge regionale 27/2018, si assegna a tale Azienda l’obiettivo

che segue:

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
ricognizione degli assetti degli enti del SSR e delle dotazioni organiche presenti in ciascuna struttura operativa ospedaliera (reparti) e territoriale, comprese le strutture tecniche ed amministrative, alla data del 31.12.2019	Invio alla direzione centrale salute di una relazione che riporti e analizzi le criticità rilevate e le azioni di miglioramento/efficientamento del sistema entro il 31 marzo 2021

### **11.1.9 Stabilizzazione del personale precario**

La normativa sulle stabilizzazioni del personale precario è stata di recente oggetto di ripetuti interventi legislativi.

Tali interventi hanno determinato, da un lato, l'ampliamento della platea dei soggetti stabilizzabili e, dall'altro, una posticipazione del termine entro il quale può essere maturato il requisito dell'anzianità di servizio utile alla stabilizzazione.

Dal punto di vista della platea dei soggetti stabilizzabili, si rileva che tutto il personale della dirigenza e del comparto è incluso all'interno dei beneficiari dei processi di stabilizzazione. E' pertanto onere delle aziende provvedere alla ricognizione necessaria ad individuare il personale in possesso dei requisiti per la stabilizzazione.

Quanto al termine di maturazione dei requisiti, le disposizioni normative intervenute hanno posticipato al 31 dicembre 2021 il termine iniziale dal quale decorrono gli anni di servizio utili alla stabilizzazione

Inoltre, la possibilità di procedere alla stabilizzazione diretta ovvero per concorso riservato, dapprima prevista per il triennio 2018-2020, viene prorogata al 31 dicembre 2022.

Si segnala infine la previsione di cui all'articolo 2-bis, comma 2, secondo periodo del D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito nella L. 24 aprile 2020 n. 27 in base alla quale *"L'attività di lavoro prestata ai sensi del presente articolo per tutta la durata dello stato di emergenza integra il requisito dell'anzianità lavorativa di cui all'articolo 20, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75"*.

Ricordato che la stabilizzazione deve trovare piena attuazione nell'ambito della programmazione complessiva del fabbisogno di personale e nel rispetto dei limiti di spesa stabiliti dalla normativa vigente, ferma restando, per le procedure riservate, la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, le aziende dovranno rappresentare gli esiti delle procedure di ricognizione/stabilizzazione di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 20 D.Lgs n. 75/2017 al 31.12.2020 nonché la previsione al 31.12.2021 ed al 31.12.2022.

## **11.2 Emergenza COVID-19**

Attualmente la gestione dell'emergenza sta richiedendo al servizio sanitario regionale un pressante e continuo impegno per l'attuazione dei Piani emergenziali adottati e per lo svolgimento della campagna "straordinaria" della vaccinazione contro il COVID-19.

Per le finalità di cui sopra, la legge 178/2020 ha prorogato alcune misure assunzionali previste dalla decretazione d'urgenza dell'anno 2020 e, al contempo, ha previsto una serie di interventi a sostegno della campagna vaccinale.

### **11.2.1 Impiego di personale sanitario nel Servizio sanitario nazionale – art.1 commi 423 e 425 L.178/2020**

Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, è data facoltà agli enti del SSR di avvalersi, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, anche nell'anno 2021, compresa la proroga non oltre il 31.12.2021, degli strumenti assunzionali eccezionali previsti dagli artt. 2-bis, commi 1 e 5, e 2-ter, commi 1

e 5 del D.L. 18/2020 e s.m.i., a condizione che sia verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati nelle graduatorie concorsuali in vigore (comma 423).

Si ricorda che i commi 1 e 5 degli art.2-bis e 2-ter del DL 18/2020 prevedono:

- il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, agli iscritti agli albi delle professioni sanitarie e agli OSS. Alcune specifiche disposizioni sono stabilite per i medici in formazione specialistica;
- la deroga alla disciplina transitoria relativa all'assunzione di medici e veterinari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e parziale. La deroga consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale ivi previsto;
- il ricorso alla stipula di contratti di lavoro autonomo con personale sanitario, dirigente e non dirigente, collocato in quiescenza anche ove non iscritto in conseguenza del collocamento a riposo, al relativo albo professionale, e con operatori socio sanitari in quiescenza;
- Il conferimento di incarichi individuali a tempo determinato a personale sanitario e oss, mediante avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio orale. Le attività professionali svolte in base ai suddetti incarichi a termine costituiscono titoli preferenziali nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le aziende e gli enti del SSN.

Il comma 425 proroga, inoltre, al 31 dicembre 2021, le disposizioni relative:

- all'attivazione di unità speciali di continuità assistenziale (USCA), di cui all'art.4-bis del DL 18/2020 e smi;
- al potenziamento delle USCA, di cui all'art.1, comma 6 del DL 34/2020 e smi;
- al trattenimento in servizio dei dirigenti medici e sanitari, nonché del personale del ruolo sanitario del comparto sanità e degli operatori socio-sanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, previsto dall'art.12, comma 1 del DL 18/2020 e smi. La spesa del personale trattenuto in servizio è compresa nei limiti previsti a legislazione vigente.

Si ricorda, infine, che è stata prorogata al 31.12.2021 la disposizione che consente di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di psicologo iscritti all'albo professionale. Gli incarichi sono conferiti a supporto delle USCA per 24 ore settimanali, in numero non superiore ad uno psicologo ogni due USCA.

Le assunzioni ed i costi sostenuti in attuazione delle predette norme saranno oggetto di monitoraggi periodici.

#### **11.2.2 Professionisti sanitari per la somministrazione dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 – art. 1 commi 459-467**

Sul punto si richiama la nota DCS prot.435 dd. 8.1.2021 di cui si riprendono i contenuti.

L'attuazione del piano strategico nazionale dei vaccini ha richiesto una serie di interventi mirati al potenziamento delle risorse umane da destinare a tale attività. Le linee di intervento riguardano:

- l'utilizzo degli specializzandi già a partire dal primo anno di corso della scuola di specializzazione. Il ricorso a tali professionisti non comporta una remunerazione atteso che tale attività si configura a tutti gli effetti come attività formativa professionalizzante nell'ambito del corso di specializzazione frequentato. L'impegno dello specializzando non può essere superiore ad un mese. Al tal proposito dovrà essere garantita allo specializzando la supervisione di un tutor, anche qualora l'attività sia svolta al di fuori della rete formativa. Qualora l'attività di somministrazione dei vaccini si svolga all'esterno della rete formativa, è previsto a favore dello specializzando che ne faccia richiesta un rimborso spese forfetario a consuntivo, sulla base delle spese documentate. In tal caso è a carico della struttura ospitante anche la copertura assicurativa dello specializzando.
- reclutamento di professionisti sanitari tra medici, infermieri e assistenti sanitari con rapporto di lavoro somministrato in esito a specifica manifestazione di interesse del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19. In ogni caso i rapporti di lavoro instaurati non danno diritto all'accesso ai ruoli del SSN, né all'instaurazione di un rapporto di lavoro di qualunque natura con lo stesso.

- ricorso alle prestazioni aggiuntive per il personale medico, per gli infermieri e gli assistenti sanitari, con incremento della tariffa oraria ad € 80 lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, per i medici e ad € 50 lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, per infermieri e assistenti sanitari. I predetti incrementi operano solo con riferimento alle prestazioni aggiuntive rese per l'attività vaccinale e rendicontate, restando fermi i valori tariffari ordinari. Il ricorso alle prestazioni aggiuntive, essendo ammesso qualora il numero dei professionisti reclutati ai sensi del precedente alinea non risultino sufficienti a soddisfare il fabbisogno di personale sanitario necessario alla somministrazione dei vaccini, riveste, pertanto, carattere residuale. Restano ferme, in ogni caso, le vigenti disposizioni in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all'orario massimo di lavoro ed ai riposi.

In merito verranno fornite specifiche indicazioni per la rilevazione ed il monitoraggio del personale impiegato, l'impegno orario ed i relativi costi.

### 11.3 Altre Tematiche

#### 11.3.1 Concorsi centralizzati

ARCS dovrà elencare le procedure concorsuali avviate nel corso del 2020 ed ancora in atto e quelle programmate per il 2021, con indicazione del numero di posti a selezione e la tempistica di espletamento/conclusione. Gli esiti di ogni procedura dovranno essere comunicati alla Direzione centrale salute.

### 11.4 Monitoraggio

#### 11.4.1 Monitoraggio mensile

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

#### 11.4.2 Politica assunzionale, entità del costo del personale e controllo di gestione

La Corte dei Conti – Sezione delle Autonomie nella deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR ad oggetto "Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da Covid-19", al paragrafo 2.4, evidenzia l'opportunità di "definire un sistema di indicatori, a livello aziendale e regionale, che consenta di individuare e spiegare le ragioni della politica assunzionale e dell'entità del costo del personale". Tale definizione di un insieme di specifici indicatori all'interno dei sistemi di controllo di gestione aziendali appare necessaria per poter rendere adeguato il governo delle risorse umane, sia nella gestione ordinaria che, ancor di più, nella gestione della pandemia da COVID-19, funzionalmente ad una gestione che si articoli e specifichi per linee di attività, obiettivi e definizione delle risorse richieste.

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione indicatori chiave per la determinazione dei fabbisogni di personale e dei costi correlati	ARCS predisporre e trasmettere alla Direzione salute entro il 30 giugno 2021 una relazione illustrativa degli indicatori individuati per la determinazione dei fabbisogni di personale, distinti tra strutture ospedaliere e servizi assistenziali territoriali

### 11.5 Formazione continua ed ECM

La formazione continua nel settore salute è un sistema integrato e solidale tra il livello nazionale, regionale e provinciale basato su regole comuni e condivise.

Il professionista sanitario ha l'obbligo di curare la propria formazione e competenza professionale nell'interesse

della salute individuale e collettiva (art. 24 Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017).

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene la formazione continua considerandola una leva fondamentale per affrontare le emergenze socio sanitarie, assecondare le modifiche dell'assetto organizzativo del SSR, mantenere e implementare le conoscenze e competenze dei professionisti con l'obiettivo ultimo di migliorare le performance del sistema socio sanitario.

### **11.5.1 Priorità regionali su organizzazione e gestione**

#### **11.5.1.1 Applicativo gestionale per la formazione**

Nel 2020 si è conclusa, per il tramite della società Insiel, la procedura finalizzata alla sostituzione dell'applicativo per la gestione della formazione messo a disposizione dei provider pubblici FVG da parte della Regione ed è stata attivata la procedura per il rafforzamento delle funzioni del Portale ECM.

Nei prossimi mesi del 2021 si prevede l'attivazione del nuovo gestionale TOM della società Nouvelle presso l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) quale provider pilota e Azienda già dotata del nuovo gestionale del personale indispensabile ai fini dell'integrazione per la condivisione delle banche dati.

A seguire, entro il 30 settembre 2021 e subordinatamente all'attivazione del gestionale del personale in tutte le aziende, il nuovo gestionale della formazione verrà attivato su tutti i Provider pubblici.

È stato costituito presso la Direzione Centrale Salute un gruppo di lavoro tecnico dedicato all'avviamento del nuovo gestionale.

Il nuovo gestionale TOM consentirà di:

- gestire il processo formativo interno (rilevazione del fabbisogno, elaborazione del Piano Formativo aziendale, progettazione delle iniziative formative e attribuzione dei crediti ECM, predisposizione del calendario dei corsi, gestione delle iscrizioni e dei rispettivi profili autorizzativi compresa la messaggistica di *reminder*, invio dei certificati, rendicontazione a COGEAPS);
- gestire il budget della formazione (interna ed esterna);
- gestire l'aggiornamento individuale esterno;
- predisporre report aggiornati.

Le caratteristiche e potenzialità del nuovo gestionale richiederanno un maggiore coinvolgimento dei ruoli gestionali e dei singoli professionisti che avranno la possibilità di interagire direttamente con TOM. Questo processo richiederà un significativo intervento informativo/formativo a favore dell'utenza e consentirà, a regime, una riduzione dei carichi di lavoro delle segreterie dei servizi formazione.

#### **11.5.1.2 Strutturazione della FAD regionale**

L'emergenza pandemica iniziata nel 2020 e i diversi DPCM ed Ordinanze che si sono susseguiti, hanno generato una forte spinta verso la formazione a distanza, spesso unico strumento formativo a disposizione delle Aziende, accanto agli addestramenti, per aggiornare i professionisti durante l'emergenza.

Diverse le esperienze maturate dai Servizi Formazione sull'attivazione di percorsi FAD in modalità sincrona – webinar – meno numerosi, ma altrettanto importanti, i percorsi attivati in modalità asincrona.

L'esperienza maturata nel 2020 ha evidenziato come la FAD si configuri come un'importante metodologia formativa che, anche nella fase post emergenziale, sarà utilizzata dai provider.

Non vanno dimenticate, inoltre, le indicazioni contenute in alcuni CCNL del comparto sanità che richiamano espressamente i mezzi multimediali come uno degli strumenti attraverso cui le Aziende e gli Enti devono garantire l'acquisizione dei crediti formativi.

Nei primi mesi del 2021 la Direzione Centrale Salute provvederà ad individuare una piattaforma e – learning (sincrona e asincrona) che dovrà essere integrata con il nuovo gestionale della formazione e dovrà consentire a

tutti i Provider di attivare direttamente percorsi FAD e garantire fruibilità per tutti i professionisti, dipendenti e convenzionati, del SSR.

Le iniziative formative a carattere trasversale e di interesse regionale che possono essere efficacemente attivate attraverso percorsi FAD, saranno affidate ad ARCS che potrà eventualmente utilizzare un team di progettisti interaziendale all'uopo dedicato.

Gli enti del SSR dovranno perseguire gli obiettivi di:

- accreditamento di eventi FAD gestiti sulla piattaforma individuata il cui risultato atteso è l'accreditamento di almeno un evento FAD entro il 31.12.2021;
- utilizzo della funzione iscrizione online così come previsto dal gestionale TOM; risultato atteso iscrizione online per tutti gli eventi FAD.

### **11.5.1.3 Tariffario regionale e gestione delle docenze**

Alla luce del riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, sulla base delle risultanze dei lavori svolti sul tema dal tavolo di lavoro costituito, nel 2021 la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità elaborerà linee di indirizzo per l'affidamento degli incarichi di docenza ed il relativo pagamento.

### **11.5.1.4 Dossier formativo**

Il dossier formativo, espressione della programmazione della formazione nel tempo e della coerenza dell'aggiornamento rispetto al profilo professionale, alla specializzazione, all'esercizio professionale quotidiano, 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. È uno strumento che consente al singolo professionista (dossier individuale) di creare un'agenda formativa personalizzata in base al proprio fabbisogno, nonché di essere parte di un percorso di gruppo (dossier di gruppo) che aiuti la crescita professionale in una logica di lavoro di squadra, coniugando bisogni professionali dell'individuo, esigenze del gruppo e necessità dell'organizzazione. Nel 2021 si prevede di attivare un tavolo di lavoro sul tema.

### **11.5.1.5 Organi del Sistema regionale ECM**

A marzo 2020 è stata nominato il nuovo Osservatorio per la qualità della formazione continua, così come previsto dal Regolamento regionale in materia emanato con D.P.Reg 96/2019.

Nel corso del 2021 continuerà l'attività degli organi del sistema ECM e si procederà alla nomina del Comitato di Garanzia in scadenza di mandato.

Tra le linee di lavoro affidate agli organi, in particolare all'Osservatorio, si sottolinea l'impegno ad approfondire le competenze metodologiche dei diversi attori ingaggiati nella progettazione dei percorsi FAD e la formazione dei progettisti dedicati. Verrà costituito presso la DCS un gruppo di lavoro composto da responsabili dei Servizi Formazione, progettisti ed esperti in materia, dedicato alla FAD.

Compatibilmente con la ripresa dell'attività formativa in presenza, verranno nuovamente programmate le visite degli Osservatori della qualità e aggiornato l'albo degli Osservatori.

### **11.5.1.6 Formazione manageriale e formazione specialistica tecnico – amministrativa**

La funzione di direzione - generale, sanitaria, amministrativa e tecnico-professionale - presuppone l'acquisizione di competenze e conoscenze specifiche indispensabili per il governo strategico di un sistema complesso come quello sanitario. Risulta forte la necessità di attivare processi formativi dedicati ai profili manageriali che, in una

logica integrata, approfondiscano modelli, metodologie e strumenti gestionali applicabili al contesto sanitario capaci di aiutare i Dirigenti ad agire il ruolo di responsabilità in modo efficace e coerente agli obiettivi regionali e aziendali.

Va sottolineato il ruolo del middle management, le cui performance risultano centrali per il buon funzionamento delle Aziende stesse.

La realizzazione dei corsi di formazione manageriale e formazione specialistica tecnico – amministrativa è affidata all'ARCS e sarà oggetto di specifica linea di finanziamento per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione.

Nel 2021 sono previste le seguenti iniziative formative in materia:

- Corsi per direttori Generali secondo la normativa vigente;
- Corsi per direttori di struttura complessa di area sanitaria secondo la normativa vigente al fine di garantire risposte al fabbisogno rilevato all'interno del sistema sanitario regionale;
- Corso Middle Management. Sulla base del programma definito dal board scientifico (Decreto Direttore DCS n. 1212/2019) sono previsti 6 moduli per un totale complessivo di 12 giornate di formazione. Sono ipotizzate molteplici edizioni (ogni edizione sarà rivolta a massimo 30 partecipanti) per un importante impegno formativo dedicato prioritariamente a chi agisce il ruolo. L'avviso è stato pubblicato il 29 dicembre con scadenza 12 febbraio 2021. Il fabbisogno numerico potenziale si attesta sulle 900 unità. Compatibilmente con l'allentamento delle misure di sicurezza legate alla pandemia la prima edizione del corso prenderà avvio entro il mese di marzo 2021.
- Corso per dirigenti amministrativi;
- Corso per dirigenti ingegneri e ingegneria clinica;
- Corso per dirigenti professioni sanitarie;
- Corso dedicato alla funzione dei Responsabili e Referenti dell'anticorruzione (livello avanzato).

Per la realizzazione dei corsi, ARCS potrà avvalersi della collaborazione con le Università della Regione o della SNA (Scuola Nazionale di Amministrazione).

#### **11.5.1.7 Percorso competenze avanzate comparto**

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del comparto sanità, sottoscritto il 21 maggio 2018, introduce, agli artt. da 16 a 23, una nuova disciplina degli incarichi attribuibili al personale del comparto, denominati incarichi di funzione di tipo professionale, anche del ruolo sanitario ex L. 43/2006 e agli assistenti sociali.

La Conferenza delle Regioni e Province Autonome - reperto 20/17/CR6a/C7 Percorsi applicativi degli articoli 16-23 del ccnl 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale – ha elaborato le "Linee di indirizzo per l'applicazione del CCNL 2016-2018 del comparto sanità, artt. 16 -23, relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale del personale" finalizzate a definire:

- un percorso omogeneo tra le diverse Regioni per l'individuazione di potenziali ambiti di competenza avanzata/specialistica;
- criteri comuni per il riconoscimento dell'equivalenza di percorsi formativi pregressi ai percorsi di formazione complementare regionale;
- gli standard dei percorsi formativi complementari regionali.

Sulla base del Contratto collettivo, è prevista la possibilità che le Regioni attivino percorsi formativi dedicati alla crescita professionale specialistica del comparto (fatti salvi i master universitari specialistici).

Nella nostra Regione tali percorsi sono affidati ad ARCS che, su mandato della Direzione Centrale Salute e tenuto conto delle indicazioni contenuto nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 20.02.2020 recante "Percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale", ha provveduto a:

- effettuare la ricognizione degli ambiti di competenza avanzata/specialistica sui quali progettare i percorsi formativi;
- definire le caratteristiche dei percorsi formativi complementari proposti con l'indicazione dei profili interessati,

secondo il modello standard indicato dalla Conferenza Stato - Regioni;

Nella prima parte del 2021 si intende completare l'iter di validazione della proposta e quindi avviare entro l'anno i primi percorsi formativi.

Di particolare interesse l'attivazione del percorso legato al profilo dell'infermiera specialista territoriale – e in generale anche di altri profili - nella logica del rafforzamento dell'assistenza integrata territoriale, in particolare per mezzo di cure domiciliari indirizzate a pazienti fragili, con prestazione di attività infermieristica e riabilitativa, dei medici di medicina generale e di quelli di continuità, così come indicato dalla nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza Regionale 2021.

### **11.5.2 Programmazione della formazione**

Il Piano della formazione regionale (PFR) si configura come lo strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM. Il PFR viene adottato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ed integrato in corso d'anno e al suo interno sono sviluppate le tematiche strategiche individuate dal presente documento.

I percorsi formativi previsti nel Piano, che si caratterizzano per una valenza regionale, saranno realizzati da ARCS o da altro Provider 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. sovra aziendali.

La Relazione annuale regionale, adottata con decreto amministrativo, è considerata il documento di monitoraggio delle attività realizzate e degli obiettivi raggiunti nel campo della formazione continua e dell'educazione continua in medicina promosse dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. La Relazione rappresenta il documento di sintesi e rendicontazione agli stakeholder dell'attività formativa svolta dal sistema regionale di formazione continua. In considerazione dell'avvio progressivo in corso d'anno del nuovo gestionale della formazione, durante il 2021 verranno valutati nuovi criteri per la reportistica da inserire nella Relazione annuale regionale.

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. Nel corso del 2021 saranno attivate le procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO standard per alcuni Provider pubblici e saranno riattivati i percorsi formativi dedicati ai valutatori.

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 e compatibilmente con la ripresa della formazione residenziale in aula.

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 aziendale (PFA) annuale.

Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2021, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR, nonché alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2020 entro il 31 maggio 2021.

### **11.5.3 Tematiche prioritarie di formazione**

Nel 2021 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene iniziative formative finalizzate a:

- Implementare le conoscenze e competenze utili per la gestione dell'emergenza sanitaria derivante dalla Pandemia da COVID19;
- Favorire l'attuazione del Piano regionale di Assistenza Territoriale (d.g.r. n. 1369 dd. 11.9.2020) e lo

- sviluppo e il rafforzamento dell'assistenza territoriale;
- Favorire l'integrazione funzionale dell'attività distrettuale con quella dei medici di medicina generale, con sviluppo di forme di coordinamento, controllo e vigilanza sull'assistenza primaria e domiciliare;
  - Perfezionare le competenze metodologiche utili all'elaborazione dei Piani di Lavoro e alla definizione dei Piani legati all'emergenza;
  - Acquisire le competenze e conoscenze utili a perfezionare la sorveglianza attiva e di monitoraggio delle residenze sanitarie assistite e delle altre strutture residenziali, all'elaborazione e implementazione del Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale alle persone fragili;
  - Favorire l'attuazione del piano di potenziamento della rete ospedaliera (DGR n. 1224 dd. 7.8.2020), la valorizzazione del lavoro di rete e la costruzione e diffusione dei PDTA;
  - Favorire il rafforzamento delle attività di governance dell'erogazione dei servizi di ricovero e ambulatoriali per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni e per la riduzione dei fenomeni di mobilità passiva interregionale;
  - Incrementare le competenze e conoscenze trasversali per il corretto e pieno utilizzo dei servizi informativi in uso;
  - Favorire il contenimento di costi della farmaceutica e la dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche;
  - Favorire l'acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo della piattaforma di telemedicina e teleassistenza;
  - Rafforzare i programmi di umanizzazione delle cure e di valorizzazione della dignità della persona;
  - Alla valorizzazione e qualificazione delle competenze manageriali della dirigenza apicale sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale e la formazione alla *leadership*;
  - Allo sviluppo del Middle Management;
  - Allo sviluppo dei percorsi dedicati alle competenze avanzate del comparto;
  - Attivare percorsi capaci di favorire il potenziamento della medicina territoriale con particolare attenzione a:
    - percorsi diagnostici, clinici e organizzativi dedicati a MMG e PLS, per la gestione dei bisogni di salute legati alla pandemia Covid19 e correlati all'emergenza;
    - consolidamento delle competenze e conoscenze dei MMG e PLS sull'utilizzo dei sistemi informativi aziendali, regionali e nazionali anche attraverso percorsi formativi di training individualizzati;
    - attivazione, a livello distrettuale, di spazi formativi interdisciplinari e integrati tra rappresentanze di MMG distrettuali, personale dei Dpt di Prevenzione, Medici USCA, Direttore di Distretto e infermieri territoriali per verificare la tenuta del modello organizzativo, evidenziare eventuali criticità e proporre azioni correttive;
    - attivazione di progetti pilota formativi dedicati a MMG e PLS per l'utilizzo di nuove dotazioni diagnostiche;
  - Allo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, facilitatori) e per tutte le tipologie formative, in particolare per la Formazione a distanza.

Il comma 465 della Legge 178 del 30.12.2020 (finanziaria 2021) dispone che per la formazione degli operatori sanitari coinvolti nelle attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2, l'Istituto superiore di sanità organizza appositi corsi in modalità di formazione a distanza.

#### **11.5.4 Centro di formazione per l'assistenza sanitaria**

Nel corso del 2020 si è perfezionato il trasferimento della gestione amministrativa della Scuola di formazione specifica per la medicina generale e la formazione continua per i medici dell'assistenza primaria in ARCS, come previsto dall'art. 37 della LR n. 22/2019 e dalla DGR n. 2195/2019.

Nel corso del 2021 proseguono le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale.

A causa della pandemia l'avvio della didattica del corso 2020 – 2022 è stato possibile solo a partire dal mese di novembre 2020, mentre gli esami di ammissione al corso 2021 – 2023, già previsti per il mese di gennaio 2021, sono stati rinviati dal Ministero della Salute al mese di aprile, con previsione di inizio dell'attività didattica a luglio

2021.

Nel corso del 2020 è stato possibile garantire l'erogazione dell'attività teorica nella forma dei webinar per il secondo e terzo anno, mentre è stato necessario rivoluzionare l'attività di tirocinio pratico in relazione allo svolgimento di attività alternative da parte dei medici, impegnati nelle attività Covid nelle Aziende sanitarie e in incarichi provvisori di assistenza primaria.

Il 29 gennaio 2021 sono previsti i colloqui conclusivi dei 25 medici del corso 2017-2020.

Il raddoppio del numero degli iscritti e il nuovo regime delle incompatibilità rende necessario ripensare l'organizzazione, sia logistica per l'erogazione della formazione teorica, sia delle attività di tirocinio pratico, prevedendo un migliore coinvolgimento delle Aziende a supporto della formazione specifica.

Nel corso del 2021 verrà bandito anche un nuovo avviso per integrare l'elenco dei Tutor medici di assistenza primaria disponibili ad accogliere i medici in formazione.

Nel mese di febbraio 2021 si prevede di avviare anche il corso di formazione dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale - MEST.

Prosegue, secondo le indicazioni formulate dal Comitato di indirizzo, anche il coordinamento della formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera di scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali. Tali funzioni sono finalizzate al mantenimento costante di una formazione aggiornata e per orientare il Servizio sanitario regionale verso un processo continuo di sviluppo della qualità formativa quale leva per il miglioramento dell'assistenza.

Si conferma il modello organizzativo basato sulle riunioni periodiche delle AFT dei MMG, sedi privilegiate di monitoraggio e di confronto tra pari su obiettivi, indicatori, percorsi, risultati, incentivando iniziative di confronto interdisciplinare e interprofessionale.

Compete alla Scuola 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. Si conferma la necessità di un calendario unico regionale per l'insieme di iniziative regionali/aziendali/distrettuali/di AFT, anche per garantire le opportune economie di scala nell'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale, 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;
- almeno sei mezze 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 non meno di dieci mezze giornate/anno (considerando come due mezze giornate gli eventi formativi di una giornata intera, che andranno per quanto possibile limitati, dovendosi privilegiare le attività di AFT).

Le modalità di erogazione della formazione sono condizionate dall'evoluzione della situazione pandemica. Le tematiche prioritarie secondo cui organizzare l'attività formativa sono quelle legate allo sviluppo delle attività territoriali in coerenza con il Piano di assistenza territoriale - (art 1 Decreto-Legge 19 maggio 2020 n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77) – approvato con DGR 1369 del 11.09.2020, 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.

Le attività formative e di audit professionalizzante in AFT vanno accreditate come FSC a cura di ciascuna Azienda. Il Comitato di indirizzo, su proposta del Comitato esecutivo, approva il calendario annuale delle giornate di formazione nelle quali possono essere previste anche le iniziative formative istituzionali dei Pediatri di libera scelta, nonché dei Medici specialisti ambulatoriali interni, dei Medici veterinari ed altre Professionalità sanitarie ambulatoriali, da svolgere preferenzialmente in seno alle rispettive AFT.

I costi derivanti dall'eventuale attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale in giornate diverse da quelle definite nel calendario regionale non possono in ogni caso gravare sull'apposito finanziamento sovraziendale per l'attività della Scuola.

## **12. ORGANIZZAZIONE DEGLI ENTI E GOVERNO DELLE ATTIVITÀ**

### **12.1 Atti aziendali**

Entro il 31 marzo 2021 gli enti del Servizio sanitario regionale trasmettono, ai sensi dell'art.54 della L.R. 22/2019, alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la relativa disciplina di organizzazione e di funzionamento. In relazione alle attività da garantire, la complessità delle strutture aziendali è stabilita da ciascun direttore generale.

La proposta di atto aziendale dovrà essere compatibile con la cornice finanziaria propria di ciascun ente.

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro quindici giorni dal ricevimento della proposta, propone eventuali interventi correttivi ed esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità il parere di compatibilità, anche economico finanziaria, in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, acquisito il parere di compatibilità da parte di ARCS, rilascia all'ente il nulla osta per l'adozione o la modifica del relativo atto aziendale.

### **12.2 Erogazione di prestazioni sanitarie, gestione della pandemia di COVID-19 e contenimento dei tempi di attesa**

#### **12.2.1 Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale**

Dalle gravi necessità di adeguamento organizzativo e operativo degli enti del Servizio sanitario regionale richiesto dall'epidemia da SARS-Cov-2 nel corso dell'anno 2020 è derivata una critica riduzione delle attività elettive di erogazione delle prestazioni sanitarie e un correlato aumento dei tempi di attesa delle prestazioni.

Il perdurare dell'evenienza pandemica rende, peraltro, indifferibile la necessità che gli Enti, pur nella presa d'atto delle gravi difficoltà organizzative e gestionali in cui operano, attivino percorsi operativi e modalità organizzative adeguate a riavviare e incrementare la gestione delle attività elettive rispetto allo stato esistente.

Sulle necessità di adeguamento dell'organizzazione interna e sullo svolgimento di attività di prestazione sanitaria e priorità all'interno delle stesse si deve peraltro richiamare quanto già indicato dalle circolari del Ministero della Salute in merito (in particolare circolari n. 7422 del 16/03/2020 - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19 - , n. 8076 del 30/03/2020 - Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19 - e n. 11408 del 01/06/2020 - Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19 -).

Ulteriore intervento riorganizzativo delle attività, tuttavia, va operato dagli enti sanitari presenti nella nostra regione tenendo conto della concreta realtà gestionale delle aziende sanitarie, caratterizzata da un'articolazione dei presidi ospedalieri in "hub e spoke", nonché delle reti di cure regionali esistenti.

Ogni Ente, pertanto, dovrà procedere ad effettuare un'attività di ricognizione dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborare ed attuare ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale.

L'attività degli enti di ricognizione dell'organizzazione delle attività e loro attuale svolgimento deve, logicamente, estendersi anche alle modalità e misura di utilizzo delle sale operatorie e delle apparecchiature diagnostiche. L'attività interventistica chirurgica e quella diagnostica presentano infatti, come noto, rilevanti criticità evidenziate sia nel rilevante fenomeno di crescita delle prestazioni rese in altre regioni ai residenti della Regione Friuli Venezia Giulia (mobilità passiva, o "fuga", interregionale), sia nei non positivi tempi di attesa delle prestazioni.

Relativamente alla gestione delle sale operatorie, va effettuata una ricognizione sulle loro modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità. A seguito di tale ricognizione vanno predisposti e implementati dall'ente riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.

Per quanto riguarda le apparecchiature diagnostiche vanno elaborate ed attuate ipotesi riorganizzative dell'uso finalizzate all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri. Come previsto dall'articolo 11 della l.r. n. 7/2009, tenuto conto delle attuali risultanze dei dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche, va incrementato il loro tempo di funzionamento e utilizzo, a servizio dell'utenza esterna, ma anche quale centro intermedio di servizi nell'organizzazione dell'ente.

Per il miglioramento dell'integrazione funzionale tra enti l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, anche in ragione della propria funzione di coordinamento delle reti di cure, assicura il proprio supporto nella facilitazione di esercizio di attività congiuntamente svolte da più enti, anche predisponendo strumenti e modalità operative e contabili per procedere alla ripartizione tra gli Enti dei ricavi, e laddove necessario anche dei costi, di attività congiuntamente svolte dagli stessi enti. La stessa ARCS, esaminate le specifiche criticità esposte dai vari enti per il miglioramento delle attività, propone agli enti soluzioni operative finalizzate al miglior svolgimento di attività in collaborazione interaziendale.

Il governo e monitoraggio delle attività di miglioramento delle attività richiesto agli enti come sopra descritto certamente impone la necessità di avere disponibilità adeguata di servizi informativi dedicati. Peraltro, essendo l'attività tesa ad un contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni, è anche soggetta alla specifica normativa vigente in materia, nazionale e regionale, anche in attuazione del Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per gli anni 2019/2021 e della DGR 25 ottobre 2019, n. 1815, di recepimento regionale, e di tale attività va data adeguata informazione al Consiglio regionale e alla Giunta regionale ai sensi degli articoli 10 e 15 della l.r. n. 7/2009.

Per tale ragione risulta necessaria la creazione di una strutturazione di processi e di funzionalità gestionali finalizzate al governo e monitoraggio regionale delle attività di miglioramento degli enti, con disponibilità delle informazioni necessarie a rendere effettivo l'esercizio delle funzioni regionali sulle due direttrici di attività:

- governo strategico dell'attività delle aziende in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni, da esercitarsi tempestivamente in corso di gestione dell'esercizio, a seguito di valutazioni dei dati da elaborarsi con cadenza inframensile;
- produzione di flussi di informazione strutturati per la comunicazione necessaria nei confronti del Consiglio regionale, della Commissione consiliare competente e della Giunta regionale.

Relativamente ai servizi informativi necessari, si rappresenta opportuno valutarne lo sviluppo in ragione della necessaria flessibilità, scalabilità e integrabilità della strutturazione e gestione, anche in relazione a processi di altre linee di attività da gestire, tenuto conto della stretta interazione della gestione delle attività di governo dei tempi di attesa delle prestazioni rispetto alle altre attività di governo del sistema sanitario collegate, e comunque con un crescente ampliamento quantitativo e miglioramento qualitativo dei fenomeni monitorati.

Tale attività necessariamente va estesa al collegato bisogno di governo del fenomeno costituito dall'erogazione di prestazioni sanitarie a pazienti residenti da parte di strutture sanitarie extra regionali accreditate ("fuga" extraregionale), in gran parte determinato dall'insufficiente offerta degli enti regionali dei servizi sanitari richiesti. E' di tutta evidenza, peraltro, che le necessità informative richieste dal governo delle attività di erogazione degli enti necessariamente debbono includere adeguata e tempestiva informazione sulle altre caratteristiche significative delle unità produttive degli enti e sull'attività svolta (tra le altre: volumi di attività, esiti, peso drg dell'attività, degenza media, degenza media standardizzata per peso drg, indici utilizzo di posti letto).

L'attività di governo e monitoraggio regionale è svolta per mezzo di esame periodico, anche con condivisione tra

Direzione centrale Salute, ARCS e enti sanitari, a cadenza inframensile, delle attività di miglioramento attuate dagli enti, incluse le forme di collaborazione interaziendale e quelle relative alla gestione delle liste di attesa. In sede di esame periodico gli enti forniscono, con alimentazione del sistema informativo, informazioni sulle attività programmate, loro andamento e attuazione, risultati conseguiti, criticità evidenziate, conseguenti misure correttive programmate, attuazione delle misure correttive e loro esiti.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa dello svolgimento delle attività per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;  attuazione entro il 15/04/2021 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata a significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.
Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;  attuazione entro il 15/04/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.
Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;  attuazione entro il 15/04/2021 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.
Messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi idonei a rendere disponibili con aggiornamento di norma quindicinale alla Direzione centrale salute nonché agli Enti (solo per i dati di loro competenza) dati e informazioni relative a, tra l'altro,; tempi di attesa; volumi di attività, esiti, peso drg dell'attività, degenza media, degenza media standardizzata per peso drg., indici utilizzo di posti letto. Dati e informazioni devono essere resi disponibili per ogni livello di governo/gestione: unità operativa, presidio ospedaliero, ente, regione.	ARCS presenta alla Direzione centrale salute entro il 31/03/2021 una relazione contenente dettagliata ipotesi su: strutturazione dei servizi informativi e transazionali fornibili, caratteristiche dei dati e delle informazioni trattate, modalità di loro trattamento e gerarchia dei diritti dei soggetti trattanti, funzionalità rese disponibili, periodicità aggiornamento;  Implementazione della disponibilità dei servizi in produzione entro il 31/07/2021.
Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	ARCS avvia l'attività, con prima riunione da tenersi, con frequenza quindicinale, a partire dal 15/03/2021.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi e transazionali idonei alla gestione di dati e informazioni a supporto dei confronti/riunioni tenute da Direzione Centrale Salute, ARCS e Enti per il monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni.	ARCS presenta alla Direzione centrale salute entro il 15/03/2021 una relazione contenente dettagliatamente ipotesi su: strutturazione dei servizi informativi e transazionali fornibili, caratteristiche dei dati e delle informazioni trattate, modalità di loro trattamento e gerarchia dei diritti dei soggetti trattanti, funzionalità rese disponibili, periodicità aggiornamento;  Implementazione della disponibilità dei servizi in produzione entro il 15/05/2021.

### 12.2.2 Contenimento dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie

Agli enti è richiesto il rispetto del rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate. Gli enti sono tenuti 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, fermo rimanendo il divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni ex art. 1, c. 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Tenuto conto dell'emergenza pandemica di COVID-19 e delle conseguenti maggiori difficoltà di gestione dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni, si prevede inoltre la disponibilità di specifiche e aggiuntive risorse finanziarie destinate a tale finalità all'interno delle linee di attività finalizzate (c.d. "sovraziendali").

#### 12.2.2.1 Finanziamento aggiuntivo per l'erogazione di prestazioni di particolare rilevanza, la cui tempestività sia clinicamente essenziale per il cittadino

Una linea di attività finalizzata (c.d. "sovraziendale") specifica è dedicata a finanziare l'erogazione nell'anno 2021 di prestazioni di particolare rilevanza, la cui tempestività sia clinicamente essenziale per il cittadino, di cui all'articolo 12, comma 1, della l.r. n. 7/2009, nell'anno 2021 individuate ai fini dell'utilizzo di tali risorse nelle seguenti:

- ricoveri elettivi oncologici.

Le risorse previste dalla linea di finanziamento per attività finalizzata "sovraziendale" di cui al seguente punto possono essere utilizzate dalle Aziende per il finanziamento di:

- prestazioni aggiuntive, ex legge n.1/2002 e art.115, c.2, del CCNL 19.12.2019 Area sanità.

#### 12.2.2.2 Finanziamento aggiuntivo per l'incremento dei tempi di attività e disponibilità di apparecchiature diagnostiche

In applicazione dell'articolo 11 della l.r. n. 7/2009, una linea di attività finalizzata (c.d. "sovraziendale") specifica è dedicata a finanziare l'erogazione nell'anno 2021 di risorse aggiuntive per l'incremento dei tempi di attività e disponibilità delle apparecchiature diagnostiche che hanno relazione con tempi di attesa prolungati.

Le risorse previste dalla linea di finanziamento per attività finalizzata "sovraziendale" di cui al seguente punto possono essere utilizzate dalle Aziende per il finanziamento di:

- prestazioni aggiuntive, ex legge n.1/2002 e art.115, c.2, del CCNL 19.12.2019 Area sanità.

### **12.2.2.3 Impiego finanziamento aggiuntivo non utilizzato per l'incremento dei tempi di attività e disponibilità di apparecchiature diagnostiche e per l'erogazione di prestazioni di particolare rilevanza, la cui tempestività sia clinicamente essenziale per il cittadino**

Relativamente alla gestione delle attività e dei relativi finanziamenti aggiuntivi di cui ai precedenti punti 12.2.2.1 e 12.2.2.2, in presenza di esaurimento delle specifiche attività di recupero dei tempi di attesa da svolgersi, ma con sussistenza di residui finanziamenti disponibili, tali residui vanno utilizzati per l'erogazione delle seguenti tipologie di prestazioni

- interventi di chirurgia ortopedica maggiori;
- interventi artroscopici;
- interventi di chirurgia oculistica.

### **12.2.2.4 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili**

Vista la circolare del Ministero della Salute n. 7422 del 16/03/2020 (Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19 attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN) e le prestazioni sanitarie indicate come indifferibili, gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- attività ambulatoriale per prestazioni garantite dal SSN - prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:
  - U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
  - B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- attività di ricovero per prestazioni garantite dal SSN:
  - ricoveri in regime di urgenza;
  - ricoveri elettivi oncologici;
  - ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019).

## 13. LE RISORSE FINANZIARIE

### 13.1 Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2021

Si riporta di seguito in sintesi delle disponibilità finanziarie espresse in Euro per la gestione di parte corrente del Servizio sanitario regionale iscritte a bilancio regionale per il 2021 e programmate con il presente atto:

<b>Destinazione risorse</b>	<b>Importo finanziato</b>
Finanziamento <i>pro capite</i> e funzioni (cap. 4364/S)	2.198.044.007,68
Finanziamento attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. "sovraziendali") *	201.765.992,32
Contributi per superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (cap. 4379/S)	1.410.000,00
<b>Totale finanziamento corrente Servizio sanitario regionale</b>	<b>2.401.220.000,00</b>

Le quote relative al pay back farmaci verranno ripartite ed iscritte a bilancio degli Enti solamente ad avvenuto incasso ed iscrizione a bilancio regionale delle stesse. In particolare, quelle relative al pay back farmaci dell'anno 2018 saranno disponibili a seguito della definizione dei ricorsi delle aziende farmaceutiche ancora pendenti.

Si riporta di seguito la sintesi delle disponibilità finanziarie per gli Enti del SSR per la gestione di parte corrente dell'attività sociosanitaria regionale definite con le presenti Linee per la gestione all'interno delle risorse iscritte a bilancio regionale per il 2021 e programmate con il presente atto.

<b>Destinazione risorse</b>	<b>Importo finanziato</b>
Abbattimento rette di accoglienza in strutture residenziali per anziani (cap. 4499/S)	46.624.005,00
Incremento spese sanitarie per attività sociosanitaria enti SSR (cap. 7788/S)	3.700.000,00
Abbattimento rette di accoglienza in strutture semiresidenziali per anziani non autosufficienti (cap. 8408/S)	1.147.123,80
<b>Totale finanziamento corrente aggiuntivo per attività sociosanitaria regionale</b>	<b>51.471.128,80</b>

### 13.2 Finanziamento per popolazione e per funzioni

Il finanziamento assegnato per popolazione e funzioni è articolato secondo parametri e processi di standardizzazione.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 31.12.2019 (rilevazione Istat all'1.1.2020) non pesata (c.d. grezza o 'secca') e di quella pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2020 (di cui al rep. atti 55/csr del 31 marzo 2020 della Conferenza Stato-Regioni), in relazione all'ambito di ciascun ente:

	<b>REGIONE</b>	<b>ASU Giuliano Isontina</b>	<b>ASU Friuli Centrale</b>	<b>AS Friuli Occidentale</b>
popolazione non pesata al 31/12/2019	1.206.216	369.240	526.474	310.502
popolazione pesata al 31/12/2019	1.389.385	439.527	608.550	341.308
popolazione pesata di età eguale o maggiore di 65 anni al 31/12/2019	798.129	262.781	349.519	185.830
popolazione pesata al 31/12/2019 oltre 500 m alt.	32.401		29.194	3.207

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta tramite riferimenti nazionali oppure sulla base della valutazione degli andamenti gestionali medi regionali. In quest'ultimo caso, tenuto conto della profonda e anomala modificazione, per volumi e tipologia, dell'attività ordinaria verificatasi nell'anno 2020 in ragione della pandemia da COVID-19, come valori di riferimento per la valorizzazione del finanziamento dell'attività di ricovero si è fatto ricorso ai valori registrati nel precedente anno 2019.

Il finanziamento 2021 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; 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
- 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, considerando la seguente tipologia di 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:

- come riferimento di *standard pro capite* per l'attività di ricovero è stato utilizzato quello determinato nell'anno 2019 sulla base di un tasso di ospedalizzazione standardizzato del 125 per mille. Complessivamente lo *standard pro capite* è stato determinato in 619,75 euro, di cui 548,33 euro per la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera, calcolata ipotizzando - anche per gli istituti di ricovero pubblici diversi dalle aziende territoriali - una crescita delle attività di ricovero proporzionale all'intervenuto aumento al 31.12.2019 della popolazione pesata;
- come riferimento di *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 200,67 euro è stato utilizzato quello determinato nell'anno 2019 sulla base di 3,4 prestazioni per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio;
- per la farmaceutica, valutati l'andamento dei valori medi di costo *pro capite* registrati nell'anno 2020, gli standard sono così determinati:
  - per la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, uno *standard* di 112,00 euro;
  - per la distribuzione farmaceutica territoriale diretta per residenti, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata (90%), uno *standard* di 78,00 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);
  - per la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, uno *standard* di 38,00 euro, esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
  - per l'AFIR, uno *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 previsto un finanziamento pari al 5% del finanziamento complessivo 2021, calcolato sulla popolazione 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 negli esercizi 2019 e 2020, 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
<b>RICOVERI TOTALE</b>	<b>861.069.520,04</b>	<b>270.906.105,35</b>	<b>382.707.278,29</b>	<b>200.886.580,91</b>	<b>3.902.433,46</b>	<b>2.667.122,03</b>	-
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	72.662.855,04	20.085.579,65	33.875.064,89	13.737.164,91	2.297.923,56	2.667.122,03	
7% tariffato	26.565.187,00	9.814.685,70	15.145.991,40		1.604.509,90		
Ricoveri mobilità fvg	761.841.478,00	241.005.840,00	333.686.222,00	187.149.416,00			
standard totale rif. anno 2019	619,75						
standard mobilità rif. anno 2019	548,33						
<b>SPECIALISTICA TOTALE</b>	<b>278.807.888,00</b>	<b>88.199.883,00</b>	<b>122.117.729,00</b>	<b>68.490.276,00</b>			
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)							
pro capite mobilità ultimi 12m	193,66						
standard rif. anno 2019	200,67						
<b>FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA</b>	<b>155.611.120,00</b>	<b>49.227.024,00</b>	<b>68.157.600,00</b>	<b>38.226.496,00</b>			
pro capite proiezione al 31/12/2020	114,08						
standard	112,00						
<b>FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA (90%)</b>	<b>108.372.030,00</b>	<b>34.283.106,00</b>	<b>47.466.900,00</b>	<b>26.622.024,00</b>			
pro capite proiezione al 31/12/2020	80,74						
standard	78,00						
<b>FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO</b>	<b>52.796.630,00</b>	<b>16.702.026,00</b>	<b>23.124.900,00</b>	<b>12.969.704,00</b>			
pro capite proiezione al 31/12/2020	39,45						
standard	38,00						
<b>PREVENZIONE</b>	<b>119.990.500,00</b>	<b>36.730.811,00</b>	<b>52.371.946,00</b>	<b>30.887.743,00</b>			
Veterinaria	599.953,00	183.654,00	261.860,00	154.439,00			
standard 5% fondo	99,48						
<b>ADI</b>	<b>34.882.302,00</b>	<b>11.036.802,00</b>	<b>15.905.946,00</b>	<b>7.939.554,00</b>			
standard	42,00						
standard pop > 500 mt. alt.	84,00						
<b>PROTESICA</b>	<b>20.840.775,00</b>	<b>6.592.905,00</b>	<b>9.128.250,00</b>	<b>5.119.620,00</b>			
standard	15,00						
<b>AFIR</b>	<b>15.283.235,00</b>	<b>4.834.797,00</b>	<b>6.694.050,00</b>	<b>3.754.388,00</b>			
pro capite proiezione al 31/12/2020	11,56						
standard	11,00						
<b>INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA</b>	<b>103.526.208,00</b>	<b>33.135.783,00</b>	<b>46.165.492,00</b>	<b>24.224.933,00</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>71.936.153,00</b>	<b>23.472.531,00</b>	<b>31.859.713,00</b>	<b>16.603.909,00</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	15.500.000,00	1.359.855,00	8.078.446,00	6.061.699,00			
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			

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
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			
<b>Emergenza territoriale e centrale operativa</b>	<b>44.112.437,00</b>	<b>12.010.221,00</b>	<b>20.015.979,00</b>	<b>10.086.237,00</b>			<b>2.000.000,00</b>
<b>Pronto soccorso</b>	<b>64.564.963,00</b>	<b>16.390.504,00</b>	<b>29.899.237,00</b>	<b>15.946.537,00</b>	<b>2.328.685,00</b>		
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	15.200.000,00						15.200.000,00
<b>FINANZIAMENTO PRO CAPITE e FUNZIONI</b>	<b>2.009.989.327,04</b>	<b>617.148.957,35</b>	<b>872.954.643,29</b>	<b>473.993.485,91</b>	<b>16.728.118,46</b>	<b>11.964.122,03</b>	<b>17.200.000,00</b>
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			
<b>Oneri rinnovi contrattuali 2016/2018 e 2019/2021 - competenza 2020</b>	<b>5.658.876,00</b>	<b>1.751.992,00</b>	<b>2.443.605,00</b>	<b>1.463.279,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>FINANZIAMENTO LEA ED EXTRALEA</b>	<b>2.015.648.203,04</b>	<b>618.900.949,35</b>	<b>875.398.248,29</b>	<b>475.456.764,91</b>	<b>16.728.118,46</b>	<b>11.964.122,03</b>	<b>17.200.000,00</b>
Finanziamento integrativo	182.395.804,64	73.395.502,76	66.055.952,48	23.853.538,40	9.342.688,00	8.726.668,00	1.021.455,00
<b>TOTALE FINANZIAMENTO 2021</b>	<b>2.198.044.007,68</b>	<b>692.296.452,11</b>	<b>941.454.200,77</b>	<b>499.310.303,31</b>	<b>26.070.806,46</b>	<b>20.690.790,03</b>	<b>18.221.455,00</b>

### 13.3 Gestione attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. sovraziendali).

Le attività finalizzate e/o delegate dalla Regione, indicate anche come “spese sovraziendali”, costituiscono attività che, in attinenza alle competenze proprie degli Enti del SSR, vengono svolte da un determinato Ente nell'interesse di tutto il SSR, ovvero rappresentano interventi specifici volti al perseguimento di finalità di interesse regionale affidati ad un determinato soggetto.

Attraverso il presente atto, viene rappresentata una programmazione preliminare di tali attività ed interventi, le cui singole linee, oggetto di specifico finanziamento, sono elencate nella Tabella 2.

Eventuali modifiche ed aggiornamenti potranno essere adottati con successivi provvedimenti della Giunta regionale, che individuerà, altresì, l'Azienda deputata quale Ente gestore di ciascun intervento, nonché le modalità di gestione.

Tali attività sono oggetto di monitoraggio periodico da parte del Servizio competente per materia interno alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità in ordine al relativo andamento e, a tal fine, la Direzione medesima e le Aziende, individuate in Tabella 2 - Finanziamento attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. “sovraziendali”) quali “Ente gestore”, si forniranno reciprocamente i nominativi dei rispettivi referenti interni.

Nell'ambito delle “c.d. sovraziendali” sono contemplate esclusivamente **spese di parte corrente ed in conto esercizio** (non vi rientrano, dunque, le spese in conto capitale) **inerenti attività di carattere sanitario e socio-sanitario correlate all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza**, che rientrano nelle seguenti tipologie di finanziamento:

- Finanziamenti a copertura di costi sostenuti per attività specificatamente delegate alle Aziende (Cefomed, OMS, ecc.);
- Finanziamenti per progetti – obiettivo;
- Finanziamenti per performances definite.

L'Ente titolare del finanziamento, qualificato come “Ente gestore” nella Tabella 2 - Finanziamento attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. “sovraziendali”), 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 ritaratura 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 Ente che non è titolare dell'attività ma solamente gestore del finanziamento, le responsabilità di cui sopra non saranno a suo carico bensì dell'Ente responsabile dell'attività.

L'approvazione di tale rendicontazione da parte del Servizio competente della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità è condizione per l'attribuzione del finanziamento definitivo.

Per quanto agli oneri derivanti dai farmaci ad alto costo per il trattamento di pazienti emofilici eccedenti i 2 milioni di euro a trattamento, questi saranno finanziati - per la quota eccedente - nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per attività sovraziendali, così come gli oneri derivanti dal trattamento con i farmaci deputati alla cura dell'atrofia muscolare - SMA e le nuove terapie geniche CAR-T.

In applicazione del percorso sopra descritto gli enti 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 credito/debito nei confronti dell'Ente che ne 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, in raccordo con la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità definirà a livello centrale le partite debitorie/creditorie dei singoli Enti e ne darà formale comunicazione agli Enti interessati che provvederanno così ad effettuare le relative compensazioni.

**TABELLA 2 - FINANZIAMENTO ATTIVITÀ FINALIZZATE E/O DELEGATE DALLA REGIONE (C.D. "SOVRAZIENDALI")**

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2021	Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
1	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	63.000,00	ARCS	DPCM 3 marzo 2017	SPAVE
2	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	ASUFC	Linea prevenzione DGR 2271/2012	SPAVE
3	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	110.000,00	ASUFC	Linee di Gestione 2018 e 2019 (obiettivo 3.1.7)	SPAVE
4	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute	30.000,00	ASUGI	Linee di Gestione 2020 - linea 3.1 Ambiente e Salute	SPAVE
5	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici	70.000,00	ARCS	L.R. 28/1990 e alla DGR 1588/2008	SDO
6	Progetto odontoiatria pubblica	1.000.000,00	ASUGI	DGR 1681/2017	SDO
7	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	ASUFC		SSI
8	Spese di funzionamento Centro per la formazione in sanità	2.185.000,00	ARCS	LR 22/2019, art. 37, comma 1	SDO
9	Rimborso oneri per indennizzi L. 210/92	827.827,00	ARCS	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99	SDO
10	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	ASUFC	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare DGR 2788/2009	DC
11	Finanziamento Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	65.330,00	ASUGI	LR 25/2016, art. 9, commi 1 e 2	SISS
		83.183,00	ASUFC		
		51.487,00	ASFO		
12	Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	285.492,00	ASUGI	Attività DGR 1671/2016	SDO
		485.564,00	ASUFC		
		228.944,00	ASFO		
13	Progetto regionale OMS – Regions for Health Network (RHN)	30.000,00	ARCS	DGR 945 del 24/05/2017	DC
14	Progetto Comunicatori verbali	40.000,00	ASUFC	DGR 723/2009	SDO
15	Finanziamento Soccorso Alpino	160.000,00	ARCS	L.R. 24/2017 art. 16 comma 5	SDO
16	Rimborsi iscrizione volontaria SSN	5.000,00	ARCS	DM 08/10/1986	SDO
17	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	1.012.521,00	ASUGI	DGR 1910/2018	SDO
		100.634,00	ASUFC		
		386.845,00	ASFO		
18	Programmi di abilitazione/riabilitazione salute mentale minori e budget di salute	156.305,00	ASUGI	DGR 122/2018	SISS
		243.695,00	ASUFC		
		100.000,00	ASFO		
		30.000,00	BURLO		
19	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	SISS
20	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00	ASFO	DGR 1910/2018	SDO
21	Avalimento di personale delle Aziende Sanitarie per specifiche esigenze di elaborazione e monitoraggio dati progettualità sanitarie	250.000,00	ASUFC	Intervento specifico (L.R. 12/2009 art.10 comma 11) DGR 2195/2019 (paragrafo .3.8)	SDO
22	Piano sangue regionale	4.050.000,00	ASUFC		SDO
23	Elisoccorso	6.300.000,00	ASUFC		SDO
24	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	ARCS		SDO
25	Assicurazioni RC - polizza	3.898.552,50	ARCS		SDO

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2021	Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
26	Assicurazioni RC - fondo copertura	12.554.820,00	ARCS		SDO
27	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)	31.791.239,63	da ripartire	Linee di Gestione 2020: DGR 2195 dd 20 12.2019 (Tabella 3 linea 31)	SPER
28	Piano della formazione, della comunicazione e studi	530.000,00	ARCS		SPER
29	Piano per la valutazione del patrimonio edile impiantistico del SSR (Primafase) e per realizzazione di studi di fattibilità e progettazioni preliminari per appalti pubblici	800.000,00	ARCS	Attività DGR 2559/2015	SPCTI
30	Progetti internazionali	100.000,00	ASUGI	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare LR 13 del 29/06/2020 art. 105	DC
31	Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti	80.000,00	ARCS		SPCTI
32	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	ARCS	Attività DGR 2559/2015	SPCTI
33	Accantonamento rinnovi contrattuali 2019/2021 comparto e dirigenza _ competenza 2021	11.816.988,20	ASUGI	Linee di Gestione 2020: DGR 2195 dd 20 12.2019 (Tabella 3 linea 37)	SPER
		17.150.341,22	ASUFC		
		7.271.909,70	ASFO		
		1.486.635,06	BURLO		
		1.361.683,98	CRO		
		323.074,69	ARCS		
34	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.916.441,00	ARCS	Intervento specifico (L.R. 19/2006 art.30)	SPER
35	Finanziamento AIR Medicina convenzionata	9.952.898,33	ASUGI		SDO
		16.706.287,00	ASUFC		
		10.377.663,20	ASFO		
36	ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2021	1.746.860,27	ASUGI		SDO
		2.587.103,53	ASUFC		
		1.592.602,37	ASFO		
37	Emofilia	3.000.000,00	ASUFC		SAFA
38	SMA	1.300.000,00	ASUFC		SAFA
		7.000.000,00	BURLO		
39	Cart-T	2.500.000,00	da ripartire		SAFA
40	Rimborso premi di solidarietà agli operatori sociosanitari per emergenza Covid-19	182.700,00	da ripartire	OCDPC 665/2020	SPER
41	Ammodernamento CUP regionale: piano di comunicazione	190.000,00	ARCS		SSI
42	"Programmi di abilitazione/riabilitazione dipendenze e budget di salute"	18.461,00	ASUGI	LR 22/2019, art. 9	SISS
		26.108,00	ASUFC		
		15.431,00	ASFO		
43	Screening cardiovascolare	400.000,00	ARCS	DGR n.2084 del 09/11/2018	SPAVE
44	Costi COVID-19 per contact tracing	1.215.220,00	da ripartire	Ordinanza ODCPC n.709 del 24.10.2020	SPER
45	Indennità personale sanitario e oss	9.000.000,00	da ripartire	commi 409 e 414 Legge 178/2020	SPER
46	Incremento indennità esclusività dirigenti sanitari	11.500.000,00	da ripartire	comma 407 Legge 178/2020	SPER

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2021	Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
47	Incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari (arretrato 2020)	1.011.572,32	da ripartire	art.1 commi 435 e 435-bis L.205/2017	SPER
48	Registro morte cardiaca improvvisa	550.000,00	ASUGI	art. 9 commi 3-6 L.R. 26/2020	SDO
49	Progetto My Pebs	30.000,00	ASUGI		SPAVE
50	Formazione operatori sociosanitari (OSS)	216.000,00	ASUFC		SPTS
51	Incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari (anno 2021)	1.011.572,32	da ripartire	art.1 commi 435 e 435-bis L.205/2017	SPER
52	Costi COVID-19 per gestione campagna vaccinale	2.000.000,00	da ripartire		SDO
53	Finanziamento aggiuntivo per contenimento tempi di attesa - prestazioni di particolare rilevanza	1.224.400,00	ASUGI	LR 7/2009 - Art. 12, comma 1	SDO
		1.745.900,00	ASUFC		
		1.029.700,00	ASFO		
54	Finanziamento aggiuntivo per contenimento tempi di attesa - apparecchiature diagnostiche	612.200,00	ASUGI	LR 7/2009 - Art. 11	SDO
		872.900,00	ASUFC		
		514.900,00	ASFO		
<b>TOTALE FINANZIAMENTO 2021</b>		<b>201.765.992,32</b>			

\*Legenda dei Servizi competenti: DC (Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità); SAFA (Servizio assistenza farmaceutica); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SISS (Servizio integrazione sociosanitaria); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SPER (Servizio governo del personale del SSR, fabbisogni formativi e rapporti con le università); SPSS (Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali); SPTS (Servizio politiche per il terzo settore); SSI (Staff sistema informativo); SPCTI (Servizio pianificazione, controllo, tecnologie ed investimenti).

## 14.LE REGOLE GESTIONALI

### 14.1 Vincoli gestionali

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 vincoli di seguito esposti.

#### 14.1.1 Farmaceutica

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 per funzioni e popolazione*;
  - o Fonte dati diretta: Flussi N-S1S + "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-ottobre 2020 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-ott 2019)	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2020)	Δ	Δ%
ASUGI	15.035.636	15.125.997	90.361	0,60%
ASUFC	26.472.817	28.113.762	1.640.945	6,20%
ASFO	11.445.966	11.110.071	-335.895	-2,93%
IRCCS Burlo	2.050.075	2.140.211	90.136	4,40%
IRCCS CRO	2.878.031	3.201.704	323.673	11,25%
<b>Totale</b>	<b>57.882.525</b>	<b>59.691.745</b>	<b>1.809.220</b>	<b>3,13%</b>

Sulla base dei dati di gennaio-ottobre 2020, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera, comprensiva della quota della diretta, pari al 3,13% (esclusi i vaccini, i farmaci per la SMA ed i farmaci oncologici ed emato-oncologici) rispetto al corrispondente periodo del 2019.

Per il 2021, gli Enti che hanno registrato nel 2020:

- una riduzione rispetto al valore del 2019 (ASFO) dovranno ridurre dello 0,5%
- un aumento percentuale inferiore al valore regionale (ASUGI) dovranno ridurre dell'1%
- un aumento superiore al valore regionale dovranno ridurre rispettivamente del 2% (IRCCS Burlo) e del 3% (ASUFC, IRCCS CRO):

Obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	
Ente erogante	obiettivo 2021
ASUGI	-1,0%
ASUFC	-3,0%
ASFO	-0,5%
IRCCS Burlo	-2,0%

<b>Obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera</b>	
<b>Ente erogante</b>	<b>obiettivo 2021</b>
IRCCS CRO	-3,0%
<b>Totale</b>	<b>-2,0%</b>

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 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.

Di seguito è riportato il dato di spesa distinto per Ente erogante relativo al periodo gennaio-ottobre 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero (flussi N-SIS, consumi ospedalieri):

<b>Ente erogante</b>	<b>Ospedaliera oncologici ed emato-oncologici (gen-ott 2019)</b>	<b>Ospedaliera oncologici ed emato-oncologici (gen-ott 2020)</b>	<b>Δ</b>	<b>Δ%</b>
ASUGI	7.682.592	7.775.140	92.548	1,20%
ASUFC	17.226.709	16.578.528	-648.181	-3,76%
ASFO	788.536	719.299	-69.237	-8,78%
IRCCS Burlo	365.001	386.530	21.529	5,90%
IRCCS CRO	16.813.366	14.644.190	-2.169.176	-12,90%
<b>Totale</b>	<b>42.876.204</b>	<b>40.103.687</b>	<b>-2.772.517</b>	<b>-6,47%</b>

Nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC 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  $\alpha$ , ALDE5LEUCHINA, 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.

Considerato l'andamento del periodo gennaio-ottobre 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, per il 2021 si prevede, per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero:

- il mantenimento da parte di tutti gli Enti del SSR del valore registrato nell'anno 2020.

#### **14.1.2 Dispositivi medici**

L'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", nel sostituire il comma 8 dell'art. 9-ter del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, prevede che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per

l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA, sia dichiarato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e che la rilevazione, per l'anno 2019 e successivi, sia effettuata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica relativi all'anno solare di riferimento.

Al fine di consentire una uniforme applicazione di quanto previsto dalla norma, il Ministero ha fornito le indicazioni operative da applicarsi a decorrere dall'anno 2020, già trasmesse dalla DCS con nota prot. 8352, del 30/03/2020. Le Aziende Sanitarie danno applicazione alle indicazioni ricevute ai fini della correttezza dei dati dalle fatture elettroniche e dei CE.

Si conferma l'obbligo di rispetto delle misure di contenimento della spesa qui in esame già vigenti, ad esclusione degli acquisti specificatamente finalizzati alla gestione dell'emergenza pandemica COVID-19.

#### **14.1.3 Prestazioni ambulatoriali**

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.

#### **14.1.4 Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche**

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.

#### **14.1.5 Contenimento della spesa e *spending review***

In relazione all'attuazione della *spending review* le aziende dovranno proseguire nelle azioni di contenimento di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135 (c.d. "*spending review*") e al decreto-legge /2015, n. 78, convertito con legge 2015, n. 125 (c.d. "*spending review 2015*").

#### **14.1.6 Risorse umane**

In relazione ai vincoli nella gestione delle risorse umane si rinvia a quanto diffusamente esposto al precedente punto 11.1.1 - *Costi del personale e politiche assunzionali*.

### **14.2 Regole metodologiche di gestione**

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi degli Enti del SSR. Relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute provvederà ad inoltrare agli Enti specifico documento tecnico, alla luce dell'assetto organizzativo e funzionale introdotto dalla legge regionale 22/2019.

#### **14.2.1 Mobilità intra-regionale**

Per l'esercizio 2021, 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 2021 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 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.

**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.

#### **14.2.2 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 dalla 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 2021, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2021, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2020.

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 a pazienti 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".

Per i medicinali innovativi (oncologici e non) il ristoro dei costi sostenuti dalle regioni a statuto speciale e dalle

province Autonome per il trattamento di pazienti extra-regione residenti sia in regioni a statuto ordinario che speciale (compresa la Sicilia), viene assicurato attraverso il meccanismo della fatturazione diretta tra Enti del SSN delle regioni o P.A. interessate, ai sensi dell'art. 6 del DM 16.02.2018.

Pertanto, al fine di assicurare la corretta applicazione di tale meccanismo gli Enti del SSR, nell'ambito della propria autonomia gestionale, definiscono i percorsi organizzativi ritenuti più idonei e provvedono al recupero di quanto dovuto da parte delle Aziende sanitarie di residenza dei pazienti extra-regione trattati con medicinali innovativi, anche in linea con le indicazioni operative annuali sul tema. A tal fine le Aziende/IRCCS invieranno alla DCS due rilevazioni annuali relative al I e al II semestre dell'anno, dalle quali si evincano: la numerosità dei pazienti extra-regione in trattamento con farmaci innovativi suddivisi per regione/ASL di residenza, farmaco e indicazione (dati da registro AIFA), il rispettivo numero di fatture emesse (da incassare, incassate e/o contestate), nonché il numero di fatture ricevute (da pagare, pagate e/o contestate) con indicazione della regione di trattamento (farmaco e indicazione).

Nel mese di marzo dell'anno successivo a quello in corso, la DCS sulla base delle matrici fornite dall'AIFA sui medicinali innovativi (art. 5, comma 2, DM 16.02.2018), invierà un report di dettaglio suddiviso per regione, farmaco, indicazione e trattamento, al fine di agevolare le successive verifiche in ordine alle fatture emesse e ricevute.

#### **14.2.3 Mobilità internazionale**

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità approvata dalla 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 internazionale del 2021, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2021, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2020.

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.

#### **14.2.4 Fondo assicurativo**

Il finanziamento previsto tra le attività sovraziendali e assegnato ad ARCS è destinato alla copertura del maggiore costo determinato dall'evoluzione delle stime dei rischi ritenuti probabili, basata sulle conoscenze insorte nell'esercizio corrente, anche su sinistri pregressi, in virtù di nuovi elementi intervenuti o di fatti modificatisi e quindi comunque ascrivibili per competenza all'esercizio corrente.

Tale finanziamento verrà ripartito fra le aziende del SSR sulla base della compartecipazione percentuale al rischio probabile totale.

Nel corso del 2021 verrà avviato un tavolo di lavoro tra la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, ARCS e le aziende del SSR per il confronto sulle modalità di governo del rischio assicurativo e la disamina degli aspetti di criticità nella gestione assicurativa con particolare riferimento alle ricadute economico finanziarie a ciò correlate.

#### **14.2.5 Note di accredito**

Con riferimento alle note di accredito relative al *Pay-Back* farmaci, si ricorda che le aziende dall'1.1.2019 devono iscrivere tali documenti in diminuzione dei relativi costi dell'anno di ricevimento delle stesse.

#### **14.2.6 Risorse aggiuntive regionali**

Il finanziamento complessivo per il 2021 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.

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

I vigenti CCNL del personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN, nell'ambito della disciplina relativa ai fondi contrattuali, stabiliscono le modalità di determinazione dei fondi per la retribuzione di produttività/risultato. Si fa riferimento, in particolare all'articolo 52, comma 5 lett. b) dei CCNL 08/06/2000 di entrambe le aree dirigenziali (confermato dai CCNL intervenuti successivamente) e all'articolo 30, comma 3, lettera c) del CCNL comparto del 19/04/2004 (confermato dai CCNL intervenuti successivamente), laddove prevedono l'incremento dei fondi di risultato/produttività dell'1% (come tetto massimo) del monte salari 1997 e 2001 (rispettivamente per la dirigenza e per il comparto), sulla base del consuntivo dell'anno precedente, in presenza di avanzi di amministrazione o pareggio di bilancio, ovvero della realizzazione annuale di programmi finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio.

Nel bilancio di previsione 2021, le Aziende provvederanno a eseguire detto accantonamento al fondo "Altri accantonamenti fino all'1% (come tetto massimo)"; tale cifra non potrà essere erogata in alcun modo, neanche a titolo di acconto, fino a che non sia accertato, a consuntivo, il relativo risultato di esercizio in termini di pareggio o avanzo di amministrazione.

Qualora l'Azienda preveda una stima di chiusura dell'esercizio non in equilibrio in sede di redazione dei report infrannuali ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., l'accantonamento di cui sopra dovrà essere

finalizzato al rientro della perdita e al raggiungimento del pareggio di bilancio.

#### **14.2.8 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione**

In continuità con l'attività svoltasi nel corso del 2020, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità proseguirà anche nel 2021 l'attività di circolarizzazione e raccordo tra le scritture contabili delle Aziende del SSR e della Regione attraverso la trasmissione degli atti di assegnazione/erogazione delle risorse adottati sul bilancio regionale e la successiva verifica della corretta ed uniforme iscrizione a bilancio degli stessi.

#### **14.2.9 Piattaforma Certificazione Crediti**

La corretta gestione della Piattaforma certificazione crediti viene trimestralmente e annualmente monitorata dal Tavolo degli adempimenti del MEF in considerazione della procedura d'infrazione aperta verso l'Italia dall'Unione Europea.

A tal proposito il Ministero ha più volte sottolineato come le aziende del SSN devono provvedere alla corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma riducendo la differenza tra il dato del debito scaduto comunicato e quello calcolato dalla PCC. Questa differenza, che scaturisce da mancate o non complete contabilizzazioni di fatture, riferite anche ad anni pregressi, deve essere colmata ed è pertanto necessario che gli enti qualora rappresentino degli scostamenti significativi, provvedano all'opportuno aggiornamento dei dati in PCC.

In primis, occorre richiamare le disposizioni del Dlgs. 231/2002, secondo il quale i debiti commerciali (non solo fatture ma anche richieste equivalenti di pagamento) devono essere pagati di norma entro 30 giorni (60 giorni per il Ssn.) o al massimo entro 60 giorni per oggettive motivazioni scritte a meno che il debitore non dimostri che il ritardo è dovuto a cause a lui non imputabili (articoli 4 e 5 del Dlgs. 231/2002).

Sulla base di queste brevi considerazioni si evince che:

1. in Piattaforma devono essere caricate, non solo le fatture ricevute mediante "SDI", ma anche le richieste equivalenti di pagamento (articolo 1 del Dlgs. 231/2002 e articolo 7-bis del DL 35/2013);
2. l'Iva "split" è un debito non commerciale e pertanto non confluisce nel calcolo dello stock del debito, né dell'Indice di ritardo;
3. i tempi di sospensione per adempimenti normativi o debiti in contenzioso o in contestazione devono essere comunicati in Piattaforma al fine del corretto calcolo dell'Indice di ritardo dei pagamenti.

Oltre a queste considerazioni va poi tenuto conto del funzionamento della Piattaforma, dove si prevede che:

1. la scadenza automatica del pagamento a 30 giorni (60 giorni per il SSN) data emissione fattura, quindi per le fatture 60 giorni deve essere comunicata la corretta data scadenza in OPI (obbligatoria dal 1° luglio 2020);
2. la data "decorrenza pagamento" è di norma la data emissione fattura, che per le fatture elettroniche coincide con la data contenuta nella ricevuta di consegna;
3. i debiti caricati hanno di default la natura di debiti commerciali se non diversamente comunicato;
4. il calcolo dell'Indice di ritardo è annuale e viene calcolato sulla base dei dati presenti al 31 dicembre.

Oltre a ciò, va aggiunto anche che le note di credito di norma non si agganciano automaticamente alle relative fatture con effetto neutro ai fini del calcolo dello stock del debito, ma con effetti negativi per il calcolo del ritardo dei pagamenti in quanto risultano non pagate le fatture stornate.

Pertanto, ai fini della corretta gestione della "PCC" e del calcolo dei relativi Indici, occorre che prima della chiusura dell'esercizio (31 dicembre), nei tempi utili per l'aggiornamento del Sistema (15 giorni) – raccomandato, almeno per gli Enti che presentano un Indice di ritardo critico – l'Ente verifichi che:

1. siano stati comunicati i tempi di sospensione quando dovuto (si rammenta che la funzionalità web della Piattaforma permette di aggiornare tempi di sospensione anche per le fatture già pagate);

2. sia stata correttamente comunicata la data di scadenza delle fatture mediante OPI e, in particolare, per le fatture antecedenti al 1° luglio 2020 e per quelle a 60 giorni che al 31 dicembre risulterebbero scadute;
3. le fatture stornate e relative note di credito vengano chiuse;
4. le fatture ancora in lavorazione per pochi centesimi vengano chiuse;
5. siano stati caricati e correttamente contabilizzati tutti i debiti commerciali, richieste equivalenti di pagamento comprese.

#### **14.2.10 Gestione fondi statali COVID-19**

In considerazione del perdurare dell'emergenza sanitaria per Covid 19, in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 18, comma 1 del DL 18/2020, convertito con modificazioni con legge n. 27/2020, al fine tracciare tutti i costi sostenuti per l'emergenza, è necessario garantire, anche nel 2021, la corretta e costante alimentazione dei centri di costo a tal fine istituiti, così come richiesto in occasione dell'avvio della rilevazione periodica dei costi COVID-19 giusta nota ad prot. 9465/P di data 15 aprile 2020. Un tanto anche in ragione di quanto rappresentato nella deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR della Sezione delle Autonomie della Corte dei Conti di data 7 settembre 2020.

A tal proposito, si evidenzia una volta di più la rilevante funzione rivestita dai referenti per la rilevazione dei costi COVID, la cui attività dev'essere posta in essere in stretto raccordo con l'ARCS, anche in ragione di quanto disposto dall'articolo 4, comma 2 della legge regionale 27/2018 nonché dall'articolo 53, comma 4 della legge regionale 22/2019.

Per agevolare l'attività di tracciatura e futura rendicontazione dei costi COVID-19, per quanto attiene agli stanziamenti di parte statale di cui ai DL 18/2020, convertito con L.27/2020, DL 34/2020, convertito con L. 77/2020, DL 104/2020, convertito con L. 126/2020 e DL 137/2020, convertito con L. 176/2020, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità con nota prot. n 28849/P del 15/12/2020 ha trasmesso un prospetto riassuntivo dei contributi straordinari, a valere sul FSN 2020 indistinto, assegnati alla Regione con i menzionati provvedimenti legislativi.

Detto quadro riassuntivo dei finanziamenti statali verrà aggiornato in caso di future assegnazioni di contributi straordinari statali in materia di contrasto all'epidemia da COVID-19 nel corso dell'esercizio 2021.

I provvedimenti con i quali sono state trasferite le suddette risorse fanno un rinvio a future indicazioni sulla rendicontazione dell'avvenuto utilizzo delle risorse statali trasferite, posto che le stesse matureranno nell'ambito del monitoraggio, da parte del MEF e del Ministero della Salute, del Programma operativo previsto dal sopra menzionato articolo 18, comma 1 del DL 18/2020.

Le Aziende dovranno sin d'ora provvedere alla raccolta della documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la gestione dell'emergenza.

#### **14.2.11 Donazioni correlate alla gestione dell'emergenza pandemica da COVID-19**

Anche nel 2021, allo scopo di definire, con chiarezza e precisione, l'impatto dell'epidemia da COVID – 19, gli Enti del SSR dovranno alimentare il centro di costo dedicato "COV20" con i costi direttamente imputabili alla gestione dell'emergenza; inoltre dovranno dare evidenza, nei rendiconti periodici ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., delle donazioni ricevute e finalizzate all'emergenza distinte per:

- a) donazioni di cespiti e attrezzature;
- b) donazioni in denaro finalizzate all'acquisto di cespiti e attrezzature;
- c) donazioni in denaro e assimilabili.

#### **14.2.12 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali**

Anche al fine di permettere le opportune verifiche e i necessari riscontri in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità in ordine alle funzioni svolte dai collegi sindacali, si ricordano gli obblighi di pubblicazione degli atti sull'albo pretorio *on-line*, di cui alla sezione "Pubblicità legale" dei siti aziendali, in ragione delle modalità e tempistiche sancite dall'articolo 4 della legge regionale 21 luglio 1992, n. 21 (Norme per il controllo e la vigilanza sulle Unità sanitarie locali in attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e altre disposizioni in materia sanitaria e concernenti lo stato giuridico del personale regionale") e dall'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).

#### **14.2.13 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale**

Nel corso del 2021, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, con il supporto dell' ARCS, avvierà un tavolo di monitoraggio periodico (indicativamente con cadenza mensile) con i responsabili della gestione economico-finanziaria delle Aziende del SSR al fine di agevolare il confronto, il raccordo e l'analisi delle modalità di predisposizione dei report ministeriali, dei rendiconti infrannuali ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., come pure la preparazione agli incontri al Tavolo degli adempimenti del MEF e la disamina di eventuali tematiche di specifica rilevanza per il monitoraggio dei costi Covid-19.

#### **14.2.14 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 2021, 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, la quota di euro 46.624.005,00, ripartita in base ad un'ipotesi di occupazione al 90% dei posti convenzionati di ogni Azienda sanitaria, e di euro 1.147.123,80, ripartita in base ai costi storici dell'anno 2019 (ultimo anno ante emergenza epidemiologica). La quota stanziata sul capitolo 4499 verrà assegnata anche in funzione dei costi aggiuntivi derivanti dall'eventuale attivazione di nuovi posti letto convenzionati in adeguamento al fabbisogno o di nuove disposizioni contributive introdotte dalla Giunta regionale e in relazione ai fondi già a disposizione di ciascuna, nonché dall'applicazione delle nuove disposizioni previste all'articolo 13, commi 2 e 5 della LR 10/97.

Si prevede di verificare, nel prosieguo, l'entità dei costi aggiuntivi sulla base dei posti letto effettivamente occupati.

##### **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 del finanziamento storico. Del finanziamento stanziato sul capitolo 7788, destinato agli oneri sanitari a carico delle Aziende sanitarie della Regione per l'assistenza prestata nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, una quota di euro 3.700.000,00 è assegnata a copertura dei costi derivanti dall'applicazione dei parametri definiti dalla DGR 124/2020. Il restante finanziamento verrà assegnato in relazione all'eventuale attivazione di nuovi posti letto convenzionati in adeguamento al fabbisogno o da successive disposizioni.

Si conferma che per l'anno 2021, 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 2020.

#### **CONVENZIONI E CONTRATTI PER ATTIVITÀ RIABILITATIVE NELLA DISABILITÀ**

In previsione di un adeguamento tariffario, le risorse da destinare alle attività di riabilitazione estensiva ex art. 26 L. 833/78, per l'anno 2021 vengono incrementate e ammontano complessivamente a euro 15.500.000,00.

Nell'ambito del finanziamento per popolazione e per funzioni, per l'anno 2021 viene confermato l'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 innovati 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**

Per il 2021 vengono confermati gli importi destinati agli interventi terapeutico riabilitativi rivolti a minori con disturbi neuropsichici – euro 3.900.000,00 –, alle persone con problemi di dipendenza patologica – euro 5.624.000,00 – e alle persone con problemi di salute mentale – euro 14.411.410,00.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE