

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2024**

## Sommario

PREMESSA.....	1
SCENARIO STRATEGICO E INTRODUZIONE AL DOCUMENTO .....	1
LINEE DI GESTIONE– OBIETTIVI STRATEGICI O A GESTIONE PRIORITARIA.....	3
A. GOVERNO E POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI SCREENING.....	3
A.1 ATTIVITA' DI SCREENING .....	3
B. ATTUAZIONE DEL PNRR E DEL DM 77/2022 .....	8
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale.....	8
C. RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI.....	10
C.1 Rete oncologica regionale (ROR) .....	10
C.2 Rete senologica .....	10
C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore .....	11
C.4 Rete emergenze cardiologiche.....	13
C.5 Emorragie digestive alte vie .....	14
C.6 Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali – MICI .....	14
C.7 Rete diabetologica regionale .....	15
D. GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO - REVISIONE E SVILUPPO DEI PROCESSI AZIENDALI .....	15
D.1 Percorso paziente chirurgico .....	15
D.2 Utilizzo di misure straordinarie nazionali per l'abbattimento delle liste d'attesa.....	17
D.3 Tempi di attesa.....	18
LINEE DI GESTIONE – ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO .....	24
1. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA.....	24
1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione .....	24
1.2 Programma PP1 Scuole che promuovono salute.....	24
1.3 Programma PP2 Comunità attive.....	25
1.4 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute.....	26
1.5 Programma PP4 Dipendenze .....	27
1.6 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita .....	27
1.7 Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione/ PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura/ PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro .....	28
1.8 Programma PP9 Ambiente, clima e salute.....	31
1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità.....	32
1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica .....	33
1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni.....	34

1.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive.....	35
1.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica .....	37
1.14	Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento).....	38
1.15	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria .....	39
1.16	Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento .....	43
2.	ASSISTENZA DISTRETTUALE .....	44
2.1	Assistenza primaria .....	45
2.2	Assistenza territoriale .....	46
2.3	Acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati. Vincoli di spesa .....	47
3.	ASSISTENZA OSPEDALIERA .....	47
3.1	Appropriatezza e efficienza operativa .....	47
3.2	Emergenza urgenza.....	49
3.3	Materno infantile.....	50
3.4	Trapianti e donazioni .....	51
4.	INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA.....	52
4.1	Integrazione socio sanitaria.....	52
4.2	Non autosufficienza .....	53
4.3	Anziani.....	54
4.4	Disabilità.....	55
4.5	Minori.....	55
4.6	Salute mentale e dipendenze .....	56
4.7	Consultori familiari - attività socio sanitaria – .....	58
5.	ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA.....	58
5.1	Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici.....	58
5.2	Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale .....	59
5.3	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica .....	59
5.4	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali .....	60
5.5	Farmacovigilanza.....	61
5.6	Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici.....	62
5.7	Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici.....	65
6.	ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ.....	66
6.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG.....	66
6.2	Acquisizione di beni e servizi.....	68
6.3	Concorsi centralizzati .....	70
6.4	Attività di coordinamento in ambito assicurativo .....	71
6.5	Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) .....	72
6.6	Gestione Ricerca ed innovazione .....	73

6.7	Sistema sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia: attività di comunicazione.....	75
6.8	Cambiamenti organizzativi e gestionali degli enti legati a progettualità PNRR inerenti alla digitalizzazione e funzioni di <i>project management</i> a supporto.....	76
6.9	Attività di negoziazione nella contrattazione integrativa regionale - medici del ruolo unico dell'assistenza primaria: indirizzi .....	77
7.	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E PRIVACY.....	78
7.1	Attuazione del PNRR – Missione 6 “Salute” e Missione 1 “Digitalizzazione” .....	78
7.2	Privacy.....	79
7.3	PACS .....	79
8.	FLUSSI INFORMATIVI .....	79
9.	LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE .....	80
9.1	Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali .....	80
9.2	Fondi contrattuali e politiche retributive.....	81
9.3	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2024-2026.....	82
9.4	Prestazioni aggiuntive .....	83
10.	FORMAZIONE CONTINUA ED ECM .....	84
10.1	Priorità regionali su organizzazione e gestione .....	84
10.2	Programmazione della formazione.....	84
10.3	Iniziative formative prioritarie .....	85
10.4	Iniziative formative regionali strategiche .....	86
10.5	Centro di formazione per l'assistenza sanitaria .....	88
11.	GLI INVESTIMENTI.....	89
11.1	Progettualità PNRR.....	89
11.2	Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID .....	90
11.3	Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2024-2026.....	91
11.4	Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti .....	91
11.5	Altre disposizioni.....	92
12.	LE RISORSE FINANZIARIE .....	95
12.1	Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2024 .....	95
12.2	Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni.....	96
13.	LE REGOLE GESTIONALI .....	103
13.1	Vincoli gestionali .....	103
13.2	Regole metodologiche di gestione.....	106
14.	EROGAZIONI FINANZIARIE PROVVISORIE 2024 .....	114

## PREMESSA

Le presenti Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2024 intendono fornire gli indirizzi per la programmazione regionale, quale strumento fondamentale di detta programmazione, ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019, stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie del Sistema sanitario regionale. Tali linee programmatiche, che saranno trasfuse in programmi specifici a livello aziendale, non sono esaustive delle attività e dei servizi che devono essere garantiti in adempimento della normativa statale e regionale, ma indicano le priorità che la Regione pone nella sua funzione direzionale e definiscono i criteri per la ripartizione del finanziamento regionale nonché i vincoli e le regole di gestione.

## SCENARIO STRATEGICO E INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

Per l'anno 2024 si proseguirà con le attività di rafforzamento del governo clinico regionale, che si impernia su quattro linee strategiche fondamentali:

- Sviluppo della riforma dell'assistenza territoriale e conseguente adeguamento di quella ospedaliera
- Rafforzamento dei programmi di screening,
- Implementazione delle reti cliniche,
- Governo dei tempi di attesa

Nell'implementazione delle reti cliniche e nello sviluppo dell'assistenza territoriale è prevista la partecipazione attiva della medicina convenzionata quale attore fondamentale del sistema, nel solco della riforma avviata dal PNRR e definita, a livello nazionale, dal DM 77/2022 e, a livello regionale, dal Programma regionale dell'assistenza territoriale approvato con d.g.r. n. 2042 del 29 dicembre 2022.

Tra le reti cliniche, va evidenziata l'importanza della rete oncologica regionale, da affinare anche alla luce delle linee strategiche prioritarie recentemente individuate a livello regionale per l'implementazione del Piano oncologico nazionale approvato per il triennio 2023-2027 e tenendo conto di quei requisiti essenziali per la valutazione della performance delle reti oncologiche approvati dalla Conferenza Stato-Regioni con Rep. atti n.165/CSR del 26 luglio 2023, nonché della rete per le cure palliative e per la terapia del dolore. Parallelamente è prioritario il rafforzamento e l'implementazione dei programmi di screening oncologico e di un coordinamento che garantisca il coerente sviluppo dell'attività a livello regionale, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo.

Per quanto riguarda il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per gli interventi chirurgici programmati proseguiranno le valutazioni e il monitoraggio stabiliti nella D.G.R. n. 1815/2019. Per la riduzione dei tempi di attesa nell'anno 2024 si prevede, inoltre, uno sviluppo del percorso del paziente chirurgico, intervenendo non solo con misure ordinarie, ma strutturalmente e in un'ottica di *operations management*, per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni e migliorare efficacia e uniformità dei processi; allo stesso tempo va migliorato e intensificato l'utilizzo dello strumento dei *Raggruppamenti di attesa omogenei* (RAO), finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, dando così effettiva attuazione a quanto previsto dalla d.g.r. n. 1815/2019 sul governo regionale delle liste di

attesa, anche con implementazione dei *Percorsi di garanzia*

L'approccio seguito per la definizione delle seguenti Linee per la gestione ha privilegiato l'impiego di indicatori di natura quantitativa prevalentemente di esito o di processo strettamente correlato all'esito. L'obiettivo è quello di indirizzare le attività del sistema mediante target misurabili e pertanto basati su criteri di evidenza.

Il documento è diviso in due parti: nella prima sono individuate quattro aree/linee strategiche di intervento (riforma dell'assistenza territoriale, screening, reti cliniche e tempi di attesa) associate a obiettivi che presentano carattere di novità o particolare rilevanza; nel secondo, sono riportate quelle attività ordinarie, spesso già previste in normative e piani settoriali, la cui prosecuzione e il cui miglioramento sono indispensabili per la crescita complessiva del sistema.

## LINEE DI GESTIONE– OBIETTIVI STRATEGICI O A GESTIONE PRIORITARIA

In attuazione degli indirizzi di programmazione si evidenziano agli Enti le seguenti linee di azione a carattere prioritario, così come specificate in questa parte, con correlati obiettivi e indicatori di risultato.

### A. GOVERNO E POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI SCREENING

#### A.1 ATTIVITA' DI SCREENING

Proseguono le attività di screening oncologici per la prevenzione secondaria dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, per le quale è necessario migliorare i livelli di adesione della popolazione e assicurare tempi il più possibile ridotti nel passaggio dal primo al secondo livello.

Nell'ambito dell'attività di screening oncologico, è prioritario il rafforzamento e l'implementazione di un coordinamento che garantisca il coerente sviluppo dell'attività a livello regionale, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo, nonché l'integrazione dell'intero processo che parte dall'informazione al paziente fino all'eventuale presa in carico nel PDTA specialistico, passando per l'invito, il test diagnostico, la refertazione e la visita.

Pertanto, nel corso del 2024 ARCS rivedrà il modello di governo dello screening definendo il modello organizzativo complessivo. Al fine, inoltre, di rafforzare ulteriormente la gestione del programma verrà individuato da ARCS il responsabile del coordinamento dei programmi di screening. Sempre nell'ottica di rafforzamento dell'attività di coordinamento degli Enti e delle attività, ARCS riattiverà gli incontri periodici con i referenti screening aziendali e gli incontri periodici con il gruppo dei radiologi refertatori per avviare dei percorsi di audit e di miglioramento della qualità.

Oltre al coordinamento, è necessaria l'integrazione multiprofessionale, e tra territorio e ospedale, anche per quanto riguarda le attività di screening. Per aumentare i livelli di adesione alle campagne di screening, rendendo anche più capillari ed efficaci gli inviti, occorre coinvolgere maggiormente i medici di medicina generale, coinvolgendo anche AFT e UCCP in un contesto di massima prossimità. In tal senso, e nello specifico caso dello screening colon-retto, è confermato il coinvolgimento delle farmacie convenzionate sul territorio regionale.

Per misurare, infine, l'efficacia delle campagne di screening e del loro coordinamento, nonché l'integrazione del percorso di screening con i PDTA specialistici, la qualità dei servizi erogati e la valutazione degli impatti, a livello di salute della popolazione in primis, e di risorse impiegate, nonché per progettare future linee di sviluppo basate sulla stratificazione del rischio, anche su base genetica, è necessario definire degli standard di processo e degli indicatori di output e di outcome su cui impostare un meccanismo di benchmarking.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.1.a	Definizione del modello organizzativo regionale per i programmi di screening	Trasmissione alla DCS entro il 30.06.2024 di una proposta		ARCS n. 1 proposta entro il 30.06.2024	Vedi target	

### A.1.1 Screening Cervice Uterina

Per lo screening della cervice nel corso del 2023 è stato completato il programma di centralizzazione dell'analisi degli esami di screening della cervice uterina presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Trieste. Il miglioramento del processo di screening della cervice prevede di intervenire sia sul coordinamento tra le Aziende, sia sulla disponibilità della programmazione delle agende aziendali. È pertanto prevista la predisposizione bimestrale del calendario delle chiamate e la sua trasmissione ad ARCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.1.1.a	Coordinamento del programma	n° di report relativo agli indicatori assegnati alle Aziende	3 Report	ARCS	n. 3 report	Vedi target	
A.1.1.b	Adesione allo screening della cervice uterina (popolazione riferimento donne obiettivo 25-65 anni)	% adesione alla proposta di screening della cervice uterina	≥64% donne convocate (valore FVG 2022 64,0%)	ASFO	≥ 68% (valore 2022 68,5%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	≥64 (valore 2022 64,4%)		
				ASUGI	≥ 60% (valore 2022 59,2%)		
A.1.1.c	Diminuire i tempi di refertazione dei PAP test primari	% Pap test primari refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	> 80% entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	ASUGI	≥ 80% (valore 2022 98,3%)	Coordinamento e monitoraggio	
A.1.1.d	Diminuire i tempi di refertazione degli HPV test	% HPV refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	> 80% entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	ASUGI	≥ 80% (valore gen-ott 2023 99,7%)	Coordinamento e monitoraggio	
A.1.1.e	Tempi di refertazione PAP test di secondo livello (servizio centralizzato in ASUGI a partire dal 2023)	% Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	≥85% entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	ASUGI	≥85% (valore gen-ott 2023 83,1%)	Coordinamento e monitoraggio	
A.1.1.f	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	≥ 90% appuntamento entro 5 settimane (valore FVG 2022 17,1%)	ASFO	≥ 90% (valore 2022 7,5%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	≥ 90% (valore 2022 11,2%)		
				ASUGI	≥ 90% (valore 2022 18,00%)		
				CRO	≥ 90% (valore 2022 30%)		
				BURLO	≥ 90% (valore 2022 25,8%)		



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.1.1.g	Gestione degli inviti dello screening della cervice uterina	Trasmissione bimestrale report di verifica delle pendenze (donne in attesa di chiamata) e di andamento dell'attività di screening	6 report	ARCS	6 report	Coordinamento e monitoraggio	
A.1.1.h	Gestione degli inviti dello screening della cervice uterina	Predisposizione calendario bimestrale delle chiamate da effettuare e sua trasmissione ad ARCS	6 calendari	ASFO	6 calendari	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	6 calendari		
				ASUGI	6 calendari		

### A.1.2 Screening mammella

Lo screening della mammella è assicurato tramite unità mobili che erogano le prestazioni tecnico-professionali, mentre la lettura è affidata a medici radiologi delle aziende sanitarie. ARCS ha la gestione delle agende del I livello dello screening mammografico e assicura corretti tempi di chiamata.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.1.2.a	Coordinamento del programma	n° di report relativo agli indicatori assegnati alle Aziende	3 Report	ARCS	n° 3 report		
		n° incontri di audit con i radiologi refertatori	2 incontri/anno	ARCS	n° 2 incontri/anno		
A.1.2.b	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni.	≥64% donne convocate (valore FVG 2022 60,8%)	ASFO	≥64% (valore 2022 64,5%)	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale ≥64% assicurando le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio	
ASUFC	≥64% (valore 2022 58,0%)						
ASUGI	≥64% (valore 2022 61,6%)						
A.1.2.c	Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	≥90% (valore FVG 2022 52,87%)	ASFO	≥90% (valore 2022 9,98%)	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale ≥90% assicurando le attività di coordinamento,	
				ASUFC	≥90% (valore 2022 63,59%)		
				ASUGI	≥90% (valore 2022 74,15%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	>= 90% (valore 2022 11,74%)	indirizzo e monitoraggio	
A.1.2.d	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo. Obiettivo certificato dalle segreterie di screening con stato delle attività comunicato mensilmente ad ARCS	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	≥95%	ASFO	>= 95%	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale ≥95% assicurando le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio	
				ASUFC	>= 95%		
				ASUGI	>= 95%		
A.1.2.e	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	<10% (valore FVG 2022 10,2%)	ASFO	< 10% (valore 2022 11,0%)	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale <10% assicurando le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio	
				ASUFC	< 10% (valore 2022 9,7%)		
				ASUGI	< 10% (valore 2022 12,2%)		
				CRO	< 10% (valore 2022 7,9%)		
A.1.2.f	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	≥85% (valore FVG 2022 84,45%)	ASFO	>= 85% (valore 2022 88,2%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>= 85% (valore 2022 94,6%)		
				ASUGI	>= 85% (valore 2022 71,5%)		
				CRO	>= 85% (valore 2022 70,8%)		

### A.1.3 Screening colon retto

Lo screening del colon-retto è assicurato tramite invito agli aventi diritto, ritiro e consegna del kit per il prelievo presso le farmacie convenzionate, lettura presso il laboratorio centralizzato in ASUFC. In caso di positività gli esami di II livello sono eseguiti presso i servizi di endoscopia pubblici.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.1.3.a	Coordinamento del programma	n° di report relativo agli indicatori assegnati alle Aziende	3 Report	ARCS	n° 3 report	Vedi target	
A.1.3.b	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).	≥60% popolazione convocata (valore FVG 2022 57,2%)	ASFO	≥60% (valore 2022 61,0%)	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale ≥60% assicurando le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio	
			ASUFC	≥60% (valore 2022 59,0%)			
			ASUGI	≥60% (valore 2022 52,1%)			
A.1.3.c	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% (valore FVG 2022 95,9%)	ASFO	≥95% (valore 2022 88,6%)	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale ≥95% assicurando le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio	
			ASUFC	≥95% (valore 2022 99,4%)			
			ASUGI	≥95% (valore 2022 94,7%)			
			CRO	≥95% (valore 2022 98,0%)			
A.1.3.d	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: ≥90%	≥90% (valore FVG 2022 58,7%)	ASFO	≥90% (valore 2022 50,6%)	Partecipa in solido al raggiungimento degli obiettivi aziendali con un obiettivo specifico regionale totale ≥90% assicurando le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio	
			ASUFC	≥90% (valore 2022 48,4%)			
			ASUGI	≥90% (valore 2022 81,1%)			
A.1.3.e	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	≥85% (valore FVG 2022 78,4%)	ASFO	≥85% (valore 2022 83,8%)	Coordinamento e monitoraggio	
			ASUFC	≥85% (valore 2022 82,6%)			
			ASUGI	≥85% (valore 2022 72,0%)			
			CRO	≥85% (valore 2022 55,3%)			

## B. ATTUAZIONE DEL PNRR E DEL DM 77/2022

### B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale

Nell'anno 2024 prosegue l'attività di attuazione del Programma regionale dell'assistenza territoriale per l'attuazione del modello di sviluppo dell'assistenza e prevenzione delineato dal DM 77 e approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022. Di seguito, nell'ambito della complessiva attuazione da assicurare, si segnalano in particolare alcuni specifici obiettivi:

- Assistenza domiciliare integrata (ADI) - Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura");
- IFOC - messa a regime;
- COT - attivazione entro i termini stabiliti dal PNRR;
- Sviluppo della telemedicina;
- Case della Comunità - consolidamento del modello;
- Ospedali di Comunità- accreditamento e tariffa: l'Intesa in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità raggiunta il 20 febbraio 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 17/CSR) ha previsto che gli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità dovranno essere definiti con successiva intesa su proposta della Commissione permanente tariffe (artt. 5, c. 17, e 9 del Patto per la Salute 2014-2016).

La necessità funzionale e organizzativa di utilizzo e governo delle prestazioni erogabili dagli Ospedali di Comunità rende necessario procedere - anche se in via temporanea in attesa della definizione formale, ancora non avvenuta, della tariffa delle prestazioni a livello nazionale - a definire formalmente in ambito regionale una tariffa provvisoria per l'erogazione delle prestazioni degli Ospedali di Comunità in base a valutazioni tecniche specialistiche attingibili con il supporto di ARCS in rapporto a quanto previsto dalla normativa vigente, dal DM 77 e dalla citata Intesa n. 17/CSR del 2020, nonché sulla base di quanto indicato nel documento tecnico "Istruttoria Tecnica propedeutica alla definizione della Tariffa massima giornaliera delle prestazioni erogate negli Ospedali di Comunità", redatto da AGENAS quale membro tecnico della Commissione permanente tariffe.

Fino ad avvenuta approvazione della suddetta tariffa provvisoria con atto regionale, ogni acquisto da parte delle aziende territoriali di servizi relativi alle funzioni proprie degli Ospedali di Comunità deve rispettare i principi di efficienza e di economicità nell'impiego delle risorse posti agli enti che compongono il Servizio sanitario nazionale dalla normativa vigente e, in particolare, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.a	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 - PNRR, Missione 6 Salute	n° di soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	33.079	ASFO	7.871	Coordinamento e monitoraggio mensile	Messa a regime della nuova scheda di valutazione multidimensionale conforme al flusso informativo SIAD entro il 29.02.2024 e attivazione delle procedure di accreditamento dell'ADI
				ASUFC	14.577		
				ASUGI	10.631		
B.1.b	IFOC Messa a regime	Prosecuzione dei programmi di formazione e inserimento nelle organizzazioni aziendali di persone fomite	Numero di persone fomite: 96	ASFO: 24	Garantire le attività di tirocinio previste dalle attività formative	Coordinamento delle attività formative	
				ASUFC: 42			
				ASUGI: 30			
B.1.c	COT attivazione entro i termini stabiliti dal PNRR		Attivare tutte le COT aziendali entro i termini stabiliti dal PNRR	ASFO	3	Monitoraggio mensile	Vedi infra al paragrafo 7 SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E PRIVACY, sottopunto 7.1--Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"
				ASUFC	5		
				ASUGI	4		
B.1.d	Sviluppo della telemedicina		Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023				Vedi infra al paragrafo 7 SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E PRIVACY, sottopunto 7.1--Attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute" e Missione 1 "Digitalizzazione"
B.1.e	Casa della Comunità (CdC)  Consolidamento del modello		Consolidamento del modello	Recepimento degli atti di indirizzo e programmazione per l'attivazione delle CdC		Monitoraggio trimestrale degli indicatori relativi alle CdC	Definizione degli atti di indirizzo e programmazione per l'attivazione delle CdC

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.f	Ospedale di Comunità (OdC)						Definizione dei criteri di accreditamento e tariffari e avvio delle attività di accreditamento

## C. RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

In prosecuzione ed in coerenza con le attività di riconduzione delle Reti regionali al “Modello di gestione ARCS” ed al perfezionamento e aggiornamento di alcuni Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali di maggior rilevanza, ARCS coordina l’attività, garantisce il governo del percorso ed il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l’elaborazione dei documenti da parte dei professionisti aziendali coinvolti.

### C.1 Rete oncologica regionale (ROR)

La Rete oncologica regionale (ROR FVG), organizzata secondo il modello definito “Comprehensive Cancer Care Network”, è coordinata dalla Struttura complessa “Coordinamento oncologico regionale”, incardinata in ARCS, e ha come documento di riferimento il “Piano di rete oncologica regionale”.

Nel 2024 sono definiti il Piano di rete oncologica e i relativi PDTA .

In secondo luogo, occorre rendere accessibile la Nuova Cartella Clinica Oncologica, la cui implementazione è progressiva, a tutti gli operatori coinvolti, i quali dovranno inoltre essere adeguatamente formati sui meccanismi operativi e sugli strumenti informatici e di telemedicina di cui al Piano oncologico regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.1.a	Definizione di un “Piano di rete oncologica regionale” aggiornato, comprensivo dei PDTA principali.	Positivo riscontro da parte della DCS a proposta trasmessa entro il 30.12.2024		ARCS	n. 1 proposta entro il 30.12.2024	Vedi target	

### C.2 Rete senologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core H02Z	Migliorare la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	> 90  (Fonte ministeriale: valore FVG 2021 67,22) Fonte ARCS: valore FVG 2022 68,90)	ASFO	> 90 (valore 2022 100,00)	Monitoraggio	
			ASUFC	> 90 (valore 2022 55,77)			
			ASUGI	> 90 (valore 2022 46,90)			
			CRO	> 90 (valore 2022 100,00)			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio H03C	Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 8,0 (fonte ministeriale: valore FVG 2021 2021 9,51; Fonte ARCS: valore FVG 2022 8,6)	ASFO	< 8,0 (valore 2022 5,26)	Monitoraggio	
				ASUFC	< 8,0 (valore 2022 9,38)		
				ASUGI	< 8,0 (valore 2022 12,00)		
				BURLO	< 8,0 (valore 2022 7,14)		
				CRO	< 8,0 (valore 2022 6,01)		
Bersaglio C.10.2.2	Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	>= 73% (valore FVG 2022. 71,4%)	ASFO	>=75 (valore 2022: 75,34%)	Monitoraggio	
				ASUFC	>=75 (valore 2022: 76,27%)		
				ASUGI	>=71 (valore 2022: 67,39%)		
				CRO	>=71 (valore 2022: 64,73%)		

### C.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore

Nell'anno 2024 gli Enti sono chiamati a dare attuazione a quanto previsto dalla DGR 1475 del 22.9.2023 di approvazione del "Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2023-2025" e suoi successivi aggiornamenti. Tra le attività da svolgere vengono individuate, in particolare, le seguenti progettualità:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.3.a	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° UCP dom attive entro il 31.12.2024	11 (di cui 1 pediatrica)	ASFO	4 (di cui 1 pediatrica)	Monitoraggio	
				ASUFC	3		
				ASUGI	4		
C.3.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2024	89 pl (di cui 2 pediatrici)	ASFO	20 pl	Monitoraggio	
				ASUFC	31 pl		
				ASUGI	36 pl		
				BURLO	2 pl		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core D30Z	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 35% (FVG 2022 37,98%)	ASFO	> 35% (valore 2022 50,52%)	Monitoraggio	
				ASUFC	> 35% (valore 2022 26,75%)		
				ASUGI	> 35% (valore 2022 44,40%)		
Bersaglio C28.2B	Migliorare i tempi per il ricovero in hospice per malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	> 80% (FVG 2022 82,64%)	ASFO	> 80% (valore 2022 81,70%)	Monitoraggio	
				ASUFC	> 80% (valore 2022 72,73%)		
				ASUGI	> 80% (valore 2022 92,08%)		
Bersaglio C28.3	Diminuire la % di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	< 15% (FVG 2022 10,18%)	ASFO	< 15% (valore 2022 4,78%)	Monitoraggio	
				ASUFC	< 15% (valore 2022 11,07%)		
				ASUGI	< 15% (valore 2022 16,17%)		
Bersaglio D32Z	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% (FVG 2022 25,11)	ASFO	<25,0% (valore 2022 27,06%)	Monitoraggio	
				ASUFC	<25,0% (valore 2022 27,67%)		
				ASUGI	<25,0% (valore 2022 20,53%)		
C.3.c	Definizione del percorso integrato di cura per la presa in carico del paziente pediatrico in cure palliative	Formalizzazione del percorso integrato di cura per la presa in carico del paziente pediatrico in cure palliative	Entro il 31.12.2024	BURLO	entro il 31.12.2024		
C.3.d	Accreditamento delle reti delle cure palliative (Adulti e pediatriche)	Completato il percorso di accreditamento delle reti delle cure palliative (adulti e pediatriche)	Entro il 31.12.2024	DCS	Entro il 31.12.2024		Vedi target



#### C.4 Rete emergenze cardiologiche

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.4.a	Migliorare / mantenere la % di pazienti con diagnosi di NSTEMI ricoverati in Cardiologia Spoke, successivamente trasferiti in Cardiologia Hub (NSTEMI Cardiologia Spoke trasferiti all'Hub/totale NSTEMI ricoverati Cardiologia Spoke)	% pazienti NSTEMI trasferiti da Centro Spoke tra coloro che accedono a Centro Spoke	≥ 75% (valore FVG 2022 62,79%)	ASFO	≥ 75% (valore 2022 82,80%)	Monitoraggio	
				ASUFC	≥ 75% (valore 2022 50,55%)		
				ASUGI	≥ 75% (valore 2022 71,88%)		
C.4.b	Migliorare / mantenere la % pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione	% pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione (per azienda di residenza)	≥ 60% (valore FVG 2022 70,12%)	ASFO	≥ 60% (valore 2022 50,94%)	Monitoraggio	
				ASUFC	≥ 60% (valore 2022 68,36%)		
				ASUGI	≥ 60% (valore 2022 80,17%)		
C.4.c	Migliorare la % pazienti NSTEMI con esame LDL ≤ 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione	% pazienti NSTEMI con esame LDL ≤ 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (per azienda di residenza)	≥ 75% (valore FVG 2022 51,85%)	ASFO	≥ 75% (valore 2022 65,96%)	Monitoraggio	
				ASUFC	≥ 75% (valore 2022 51,78%)		
				ASUGI	≥ 75% (valore 2022 39,22%)		
C.4.d	Migliorare / mantenere la % pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di counselling entro 1 anno	% pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di counselling entro 1 anno dalla dimissione. (per azienda di residenza)	≥ 60% (valore FVG 2022 40,08%)	ASFO	≥ 60% (valore 2022 31,30%)	Monitoraggio	
				ASUFC	≥ 60% (valore 2022 27,53%)		
				ASUGI	≥ 60% (valore 2022 62,32%)		
C.4.e	Migliorare la tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti (intervallo temporale: Diagnosi ECG - filo guida in coronaria)	≥ 75 %	ASFO	≥ 75 %		
				ASUFC			
				ASUGI			

In prosecuzione ed in coerenza con le attività già avviate nella gestione delle attività delle Reti cliniche, nell'anno 2024 si dà corso al perfezionamento di specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale relativo al paziente affetto da Cardiomiopatia. ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e

il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione del documento da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo DCS
C.4.f	Migliorare il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDTA) Ospedale-Territorio dei pazienti affetti da Cardiomiopatia con definizione del relativo PDTA	trasmissione alla DCS da parte di ARCS del documento PDTA dei pazienti affetti da Cardiomiopatia	31.12.2024	ARCS	trasmissione alla DCS del documento PDTA entro il 31.12.2024	

### C.5 Emorragie digestive alte vie

Tra gli ambiti sanitari che possono maggiormente beneficiare di organizzazioni ad alta integrazione, visto l'impatto sulla salute e la rilevanza della componente organizzativa sul risultato delle prestazioni, c'è quello della gestione delle emergenze emorragiche gastroenterologiche e le urgenze endoscopiche.

L'analisi dell'attività endoscopica di urgenza, vista alla luce della prevalenza delle patologie e della diffusione delle metodiche terapeutiche endoscopiche, suggerisce la necessità di istituire in Regione un Gruppo di Approfondimento Tecnico per Emergenze Emorragiche Digestive», propedeutico alla successiva attivazione di una Rete Gastroenterologica Regionale (2025) composto da esperti nella materia con l'obiettivo prioritario di formulare proposte finalizzate alla creazione di una specifica rete di patologia e di individuare e opportunamente classificare le strutture che, a livello regionale, trattano la patologia.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.5.a	PDTA emergenze emorragiche digestive	Predisposizione del PDTA emergenze emorragiche digestive con la fattiva collaborazione delle aziende sanitarie	entro il 31.12.2024	ARCS	entro 31.12.2024	Vedi target	

### C.6 Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali – MICI

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.6.a	Rete malattie infiammatorie croniche intestinali	Attivazione della Rete malattie infiammatorie croniche intestinali	entro il 31.12.2024	ARCS	entro il 31.12.2024	Vedi target	
C.6.b	PDTA malattie infiammatorie croniche intestinali nell'adulto	Aggiornamento del PDTA sulle Malattie infiammatorie croniche intestinali nell'adulto (decreto DCS n. 634 del 23/04/2018) con la fattiva collaborazione delle aziende sanitarie	entro il 31.12.2024	ARCS	entro il 31.12.2024	Vedi target	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.6.c	PDTA malattie infiammatorie croniche intestinali in età pediatrica	Predisposizione del PDTA sulle malattie infiammatorie croniche intestinali in età pediatrica	entro il 31.12.2024	BURLO entro il 31.12.2024		

### C.7 Rete diabetologica regionale

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.7.a	Rete diabetologica regionale	Predisposizione del PDTA del diabete nell'adulto di tipo 1 con la fattiva collaborazione delle aziende sanitarie	entro il 31.12.2024	ARCS 31.12.2024	Vedi target	

## D. GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO - REVISIONE E SVILUPPO DEI PROCESSI AZIENDALI

### D.1 Percorso paziente chirurgico

In attuazione delle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" approvate con il citato Accordo Stato Regioni n. 100 del 2020, nel corso dell'anno 2024 si dà corso alle attività di adeguamento di procedure e servizi informativi. A tal fine è programmato l'inserimento nel sistema ADT (*Accettazione, Dimissione, Trasferimento*) del campo relativo alla codifica ICD9CM dell'intervento chirurgico programmato; la corretta compilazione di tale campo permetterà alle Aziende e al sistema sanitario regionale di avere un'immagine omogenea e veritiera dei pazienti in lista. Ulteriore elemento indispensabile per poter effettuare un corretto monitoraggio e di conseguenza una corretta programmazione è la manutenzione delle liste di attesa attraverso la continua verifica del reale stato di bisogno del paziente in lista, eliminando pertanto i pazienti che hanno già trovato risposta altrove, hanno rinunciato all'intervento o sono deceduti. Gli interventi sopra descritti consentiranno il calcolo di ulteriori indicatori rispetto al classico indicatore riferito al tempo di attesa, calcolato peraltro ex post sugli interventi eseguiti, fornendo delle informazioni omogenee e tempestive sulla consistenza della lista di attesa per singola tipologia di intervento nonché il tasso di incremento o decremento della posizione in lista rispetto al 1° gennaio.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
D.1.a	Identificazione nell'ambito della procedura aziendale di un responsabile unico dell'accesso ovvero di un referente unico delle liste di attesa con responsabilità di potenziare il controllo	Evidenza della nomina di un responsabile unico delle liste d'attesa	Entro il 31/01/2024	ASFO ASUFC 31/01/2024		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	centralizzato delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie			ASUGI			
				CRO			
				BURLO			
D.1.b	Adozione formale della Procedura aziendale di gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione	Evidenza della procedura aziendale per la gestione delle liste d'attesa per i ricoveri programmati	Entro il 30.06.2024	ASFO	Entro il 30.06.2024	ARCS effettua le attività di coordinamento, supporto, indirizzo e monitoraggio nei confronti degli altri enti del S.S.R.	
			ASUFC				
			ASUGI				
			CRO				
			BURLO				

Gli obiettivi sopra indicati sono collegati ad alcune delle attività finalizzate all'attuazione di quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" approvate con l'Accordo Stato-Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020. Il documento tecnico approvato con tale Accordo ha, peraltro, beneficiato dell'importante contributo apportato dalle professionalità nazionali e regionali inserite nel prodromico progetto di ricerca "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure", progetto di cui il Ministero della Salute si è fatto promotore e che ha condiviso con le regioni italiane.

Il Ministero della Salute, preso atto dei buoni risultati di questa prima iniziativa di ricerca, ha avviato nel 2022 un secondo progetto di ricerca finalizzato a diffondere a livello nazionale una metodologia uniforme per il governo integrato delle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche programmate, rendendo omogeneo l'approccio metodologico al miglioramento del percorso del paziente chirurgico programmato in linea con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 2024. L'attività di questo secondo progetto di ricerca è attualmente in corso di svolgimento, con la partecipazione anche della nostra Regione, in particolare presso il Presidio Ospedaliero "San Daniele del Friuli e Tolmezzo" dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Struttura che nelle due sedi di San Daniele del Friuli e Tolmezzo, ricopre, assieme a Presidi Ospedalieri di altre Regioni, il ruolo di "Ospedale pilota" per l'attività di ricerca.

In questo complessivo contesto di attività e a sviluppo delle stesse è stato costituito, in modo coordinato con il Ministero della Salute, anche un Sottogruppo di Regioni. Questo Sottogruppo, a cui partecipa anche la Regione Friuli Venezia Giulia, ha avviato delle attività di analisi tecnica e operativa per lo sviluppo di un documento finalizzato al miglioramento del *Flusso Informativo di Lista di Attesa per i Ricoveri Chirurgici Programmati*, in collaborazione con gli Uffici II - III - VI della Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute e l'Ufficio III della Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute. Tra le attività svolte dalle Regioni componenti del Sottogruppo – tra cui anche la Regione Friuli Venezia Giulia – rientra anche quella di ricerca sperimentale, promossa dal Ministero della Salute, che prevede l'attivazione di uno Studio Osservazionale Prospettico coordinato dal Direttore Generale dell'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna quale Responsabile del

complessivo Progetto di ricerca, secondo quanto indicato dal Ministero della Salute. L'attività di ricerca è promossa e in fase di avvio anche nella nostra Regione e consiste nello svolgimento dello Studio multicentrico, osservazionale, prospettico senza farmaco e dispositivo, dal titolo "Flusso informativo di lista di attesa per i ricoveri chirurgici programmati (LIDIA)". A conseguimento di valutazione favorevole da parte del Comitato etico Unico Regionale – CEUR, l'attività di studio verrà svolta nell'anno 2024 presso le due sedi del Presidio Ospedaliero "San Daniele del Friuli e Tolmezzo" dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Centri di sperimentazione.

## **D.2 Utilizzo di misure straordinarie nazionali per l'abbattimento delle liste d'attesa**

Con legge 30 dicembre 2023, n. 213, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026", e nello specifico con l'art. 1, comma 232, della suddetta legge di bilancio, sono state previste delle misure straordinarie per l'abbattimento delle liste d'attesa. In particolare, le misure straordinarie previste consistono nella facoltà limitata accordata ai Servizi sanitari regionali di incrementare le tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale sanitario del comparto sanità operante nelle Aziende e negli Enti del SSN, nonché di coinvolgere le strutture private accreditate in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e ciò allo scopo di perseguire la completa attuazione dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste d'attesa.

Per il perseguimento di tale finalità agli Enti sanitari del Friuli Venezia Giulia è finalizzato e accordato un finanziamento per ente come dettagliato alla riga "Fabbisogno per Piano operativo per recupero liste d'attesa (ll.gg 2024 - fin. linea 0,4 p.c. art. 45 disegno l. bilancio 2024)" della Tabella 1 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2024, *infra* alla pagina 101" – ammontare complessivo del finanziamento su base regionale: Euro 10.373.130,00, finanziamento da utilizzarsi entro il 31.12.2024.

Vengono confermate e approvate per le attività da operarsi con l'utilizzo del finanziamento qui in esame accordato agli Enti le Direttive già impartite agli Enti così come indicate nel "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023 in attuazione dell'art. 4, c. 9-*octies*, del d.l. n. 198/2022" (di seguito indicato anche come PIANO) approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1198 del 27 luglio 2023. In particolare per le le attività da svolgersi e loro priorità di svolgimento sono confermate:

- a. le "Direttive impartite agli enti in relazione alla selezione delle tipologie di prestazioni sanitarie oggetto dell'attività di recupero delle liste di attesa" indicate al punto 4, e suoi sottopunti, del PIANO;
- b. "Indicazione di ulteriori strumenti di recupero delle liste di attesa", riportate al punto 6 del PIANO;
- c. "Rendicontazione, monitoraggio e coordinamento delle attività", riportate al punto 8 del PIANO.

Logicamente la disposizione normativa a cui fare riferimento non sarà più l'art. 4, c. 9-*octies*, del d.l. n. 198/2022, ma il citato art. 1, comma 232, della legge 213/2023. Allo stesso modo, quanto riportato nel PIANO come direttiva per lo svolgimento delle attività deve applicarsi adattato in ragione del diverso esercizio gestionale in esame: il 2024; per tale ragione tutti i termini/periodi di riferimento previsti nei punti sopra citati del PIANO devono intendersi modificati con incremento di un anno (dove indicato l'anno: 2021, 2022, 2023, 2024, deve leggersi rispettivamente, anno: 2022, 2023, 2024, 2025).

Lo svolgimento delle attività di recupero previste al presente punto D.2 può essere avviato dagli Enti solo ad avvenuta presentazione alla DCS e ad ARCS, del cronoprogramma, articolato nei quattro trimestri del 2024, delle attività da svolgersi dettagliato per finalità di recupero (tipologia di attività svolta: attività in ricovero, screening, attività di specialistica ambulatoriale) e modello organizzativo di programmato utilizzo per finalità di recupero (tariffe maggiorate e coinvolgimento dei privati accreditati articolati nelle singole tipologie di

attività di recupero –ricoveri, screening, specialistica ambulatoriale). Il termine massimo per la presentazione da parte degli Enti del richiesto cronoprogramma delle attività è fissato in un mese dall’adozione delle “Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l’anno 2024” in via definitiva da parte della Giunta regionale.

Gli enti sono tenuti a comunicare ad ARCS e alla DCS i dati dei monitoraggi trimestrali di attività e utilizzo delle risorse svolti in attuazione delle finalità indicate al presente punto nonché a trasmettere specifica rendicontazione a esercizio concluso delle attività compiute e risorse utilizzate, con dettaglio per finalità e modello organizzativo utilizzato, così come già indicato al punto 8 del PIANO approvato dalla d.g.r. 1198/2023 e qui richiamato nella sua applicabilità, adempimento informativo peraltro richiesto anche dal Ministero della Salute.

In merito ai modelli organizzativi utilizzabili, si richiama, da ultimo, l’attenzione su quanto dispone la disposizione nazionale in esame in merito agli strumenti operativi utilizzabili per l’attività finanziata, in particolare per quanto riguarda la non inclusione tra i modelli organizzativi agevolati di quello del reclutamento straordinario di personale, sia esso operato attraverso assunzioni a tempo determinato che per mezzo di altre forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, o impiego di figure professionali già previste in incremento dagli articoli 2-*bis* e 2-*ter* del D.L. 17.3.2020, n. 18, convertito con L. 27.4.2020, n. 27.

Per economicità degli adempimenti gestionali degli enti, laddove al 1 gennaio 2024 risultassero disponibili negli enti risorse accantonate per mancato utilizzo nell’esercizio 2023 di parte del finanziamento già accordato con d.g.r. n. 1244 del 4 agosto 2023 e ancora utilizzabili nell’anno 2024 per la finalità prevista nell’ultima parte del comma 2 dell’art. 8 della legge regionale 10 agosto 2023, n. 13 (Assestamento del bilancio per gli anni 2023-2025, ai sensi dell’articolo 6 della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26), in particolare per dare risposta alle prestazioni sanitarie prenotate fino al 31 dicembre 2023 e non ancora erogate, l’analitica rendicontazione da parte degli enti delle risorse assegnate e dei risultati raggiunti è fissata nella sua periodicità come a cadenza trimestrale, a modifica di quanto già previsto al punto 6 del dispositivo della citata d.g.r. n. 1244/2023.

ARCS nella sua funzione di coordinamento e continuando nelle attività già svolte a supporto degli enti in attuazione delle dg.g.r. nn. 365/2022, 1810/2022, 1198/2023 e 1244/2023, predispone i modelli uniformi da utilizzarsi da parte degli enti per le attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione necessarie per le attività.

### **D.3 Tempi di attesa**

Per quanto riguarda i tempi d’attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per gli interventi chirurgici, le valutazioni saranno eseguite rispetto all’elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019.

La rilevanza degli attuali volumi delle attività non erogate e da recuperare da parte degli Enti del S.S.R. richiede che gli enti si attivino in via autonoma con ogni strumento gestionale ordinario disponibile per il miglioramento del bilanciamento tra domanda e offerta: tra questi il ricorso alle tecnologie ICT (televisita) e la rivalutazione delle priorità di accesso, con una maggiore attenzione all’appropriatezza prescrittiva e controllo sui criteri di accesso da garantire. Tra i fattori che condizionano la corretta gestione delle liste di attesa, peraltro, particolare importanza ricopre l’eventuale attribuzione di codici di priorità non appropriati rispetto al quesito clinico, ma talvolta prescritti con l’impropria finalità di “bilanciare” un previsto ritardo nell’erogazione della prestazione intervenendo sulla priorità della richiesta. Alterazioni del tipo segnalato incidono negativamente sul governo delle liste di attesa, ostacolando le necessarie azioni finalizzate al

miglioramento delle agende di prenotazione. Si ribadisce, pertanto, l'obbligo di operare la corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario contenuti nel Manuale RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

Per l'anno 2024 gli obiettivi previsti sono riportati più sotto. Si ribadisce, laddove, necessario, che gli obiettivi assegnati di rispetto degli obblighi di erogazione delle prestazioni nei tempi garantiti vanno conseguiti ad invarianza o incremento dei volumi delle specifiche prestazioni erogate rispetto all'esercizio precedente.

### D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core D10Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – monitoraggio ex ante (residenti FVG)	>=90% (valore FVG 2023 53,5%)	ASFO	>=90% (valore 2023 40,2%)	Monitoraggio; verifica di un uniforme accesso a livello regionale	
				ASUFC	>=90% (valore 2023 44,2%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2023 72,0%)		
				BURLO	>=90% (valore 2023 65,9%)		
				CRO	>=90% (valore 2023 55,6%)		
Lea core D11Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>=90% (valore FVG 2022 63,2%)	ASFO	>=90% (valore 2023 56,4%)	Monitoraggio; verifica di un uniforme accesso a livello regionale	
				ASUFC	>=90% (valore 2023 50,2%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2023 73,5%)		
				BURLO	>=90% (valore 2023 57,5%)		
				CRO	>=90% (valore 2023 54,6%)		
D.3.1.a	Definizione dei criteri e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino	Adozione di un regolamento aziendale contenente i criteri, strumenti e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino	entro il 30.06.2024	ASFO	Adozione entro il 30.06.2024	Definizione di linee guida per la stesura del regolamento aziendale per assicurare il diritto di garanzia al cittadino entro il 31/03/2024	Definizione del ruolo degli IRCCS
				ASUFC	Adozione entro il 30.06.2024		
				ASUGI	Adozione entro il 30.06.2024		
				BURLO	Adozione entro il 30.06.2024		
				CRO	Adozione entro il 30.06.2024		



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
						e dell' utilizzo del privato accreditato in rapporto ai tetti di spesa e agli accordi contrattuali regionali entro il 31/01/2024

### D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	
Bersaglio C10.4.7	Tumore alla Mammella Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% <i>(valore FVG gen-15 nov 2023 60,28%)</i>	ASFO	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 86,47%)</i>	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 40,10%)</i>		
				ASUGI	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 53,45%)</i>		
				CRO	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 97,96%)</i>		
Bersaglio C10.4.8	Tumore alla Prostata Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% <i>(valore FVG gen-15 nov 2023 21,26%)</i>	ASFO	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 6,9%)</i>	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 e 2023 39,53%)</i>		
				ASUGI	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 17,65%)</i>		
Bersaglio C10.4.9	Tumore al Colon Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% <i>(valore FVG gen-15 nov 2023 76,51%)</i>	ASFO	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 97,87%)</i>	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 79,77%)</i>		
				ASUGI	= 90% <i>(valore gen-15 nov 2023 47,83%)</i>		



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 92,31%)		
Bersaglio C10.4.10	Tumore al Retto Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-15 nov 2023 60,53%)	ASFO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 81,82%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 51,79%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 45,83%)		
				CRO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 86,96%)		
Bersaglio C10.4.11	Tumore al Polmone Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-15 nov 2023 74,57%)	ASFO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 43,48%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 72,28%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 83,33%)		
Bersaglio C10.4.12	Tumore all'Utero Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-15 nov 2023 72,18%)	ASFO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 63,41%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 58,49%)		
				ASUGI	>=90% (Valore gen-15 nov 2023 85,71%)		
				BURLO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 92,75%)		
				CRO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 77,05%)		
Bersaglio C10.4.13	Melanoma Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-15 nov 2023 73,03%)	ASFO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 85,71%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 42,86%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 81,82%)		
				CRO	>= 90% (valore 15 nov 2023		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
					90,74%)		
Bersaglio C10.4.14	Tumore maligno alla Tiroide Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%  (valore FVG gen-15 nov 2023 58,16%)	ASFO	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 88,37%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
			ASUFC	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 50,0%)			
			ASUGI	>= 90% (valore gen-15 nov 2023 34,29%)			

### D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
D.3.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-15 nov 2023 70,87%)	ASFO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 87,68%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
			ASUFC	>=90% (valore gen-15 nov 2023 56,87%)			
			ASUGI	>=90% (valore gen-15 nov 2023 82,5%)			
			BURLO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 79,59%)			
			CRO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 100,0%)			
D.3.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-15 nov 2023 50,34%)	ASFO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 65,62%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
			ASUFC	>=90% (valore gen-15 nov 2023 30,74%)			
			ASUGI	>=90% (valore gen-15 nov 2023 69,77%)			
			BURLO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 70,97%)			
			CRO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 100,0%)			
D.3.3.c	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità C	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità C erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-15 nov 2023 58,72%)	ASFO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 47,65%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
			ASUFC	>=90% (valore gen-15 nov 2023 58,64%)			
			ASUGI	>=90% (valore gen-15 nov 2023 70,81%)			
			BURLO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 55,56%)			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	>=90% (valore <i>gen-15 nov 2023</i> 100%)		
D.3.3.d	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG <i>gen-15 nov 2023</i> 86,71%)	ASFO	>=90% (valore <i>gen-15 nov 2023</i> 67,89%)	Coordinamento, monitoraggio e vigilanza	
				ASUFC	>=90% (valore <i>gen-15 nov 2023</i> 94,27%)		
				ASUGI	>=90% (valore <i>gen-15 nov 2023</i> 92,59%)		
				BURLO	>=90% (valore <i>gen-15 nov 2023</i> ND%)		
				CRO	>=90% (valore <i>gen-15 nov 2023</i> ND%)		

## **LINEE DI GESTIONE – ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO**

Nella presente sezione si riportano le linee di gestione del SSR ordinarie e che devono essere mantenute/sviluppate in rapporto agli obblighi conseguenti all'applicazione della normativa nazionale e regionale, anche ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

### **1. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA**

#### **1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione**

I referenti aziendali individuati nei singoli programmi garantiscono l'attuazione, il monitoraggio e la partecipazione alle attività regionali previste dal Piano regionale della prevenzione (PRP) e dal Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento). Arcs effettua dei monitoraggi semestrali degli indicatori previsti dal PRP e dal PanFlu FVG.

#### **1.2 Programma PP1 Scuole che promuovono salute**

Proseguirà l'attività di sensibilizzazione delle scuole, di ogni ordine e grado della Regione per la loro adesione al programma con l'applicazione del modello di scuole che promuovono salute, raggiungendo gli indicatori previsti. Si inciderà sulla formazione sia del personale sanitario che del personale della scuola per condividere linguaggi, metodologia e progettualità, producendo materiale comunicativo da diffondere nel territorio.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- La collaborazione all'aggiornamento del documento regionale delle buone pratiche rivolto alle scuole
- La realizzazione di una mappatura dei pedibus attivi nel territorio
- La produzione e diffusione negli istituti scolastici del materiale informativo sui servizi offerti dai consultori
- La mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole del territorio di ogni Azienda sanitaria e l'attivazione di gruppi di lavoro aziendali
- La realizzazione di un'offerta formativa per operatori sanitari e sociosanitari, docenti e altri stakeholders sul modello di scuole che promuovono salute e sul documento regionale delle buone pratiche
- La realizzazione di interventi e strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.2.a	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell' "Approccio globale alla salute", consistente in cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	Percentuale di istituti scolastici del territorio che aderiscono alla rete di SPS entro il 2024 Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola	>= 20% degli istituti scolastici del territorio aziendale	ASFO	>= 20% degli istituti		Coordinamento e monitoraggio
		ASUFC		>= 20% degli istituti			
		ASUGI		>= 20% degli istituti			
1.2.b	Negli istituti scolastici aderenti alla rete di SPS si realizzano gli interventi presenti nel documento regionale delle pratiche raccomandate	Percentuale di istituti aderenti alla rete SPS che attuano almeno un intervento	>=50% degli istituti aderenti attuano almeno una pratica	ASFO	>=50% degli istituti		Coordinamento e monitoraggio
		ASUFC		>=50% degli istituti			
		ASUGI		>=50% degli istituti			
		ASUGI		>=1			

### 1.3 Programma PP2 Comunità attive

Continua l'attività di advocacy nei confronti delle amministrazioni comunali per l'avvio delle proposte di movimento nelle diverse fasce di età e l'attivazione dei gruppi di cammino. È prevista l'attivazione della rete delle palestre della salute che saranno certificate a livello aziendale e pubblicizzata l'attività di AFA/EFS attraverso il sito regionale invecchiamento attivo e diffusa l'informazione ai MMG/PLS promuovendo la prescrizione dell'esercizio fisico e del consiglio a fare attività fisica.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- La partecipazione dei professionisti sanitari alla formazione su piattaforma FAD su competenze trasversali nel cambiamento degli stili di vita a rischio
- La collaborazione alla realizzazione di interventi di comunicazione e di percorsi formativi regionali comuni per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder, volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità
- La presentazione delle linee di attività del PP2 ai diversi stakeholder e MMG anche in occasione delle riunioni distrettuali aziendali
- La realizzazione di corsi di walking leader (con obiettivi formativi già condivisi nel 2022 ) e loro pubblicizzazione anche sul sito regionale invecchiamento attivo FVG.it
- Attivazione della rete delle palestre della salute e loro pubblicizzazione anche sul sito regionale

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.a	Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	I Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, programmi di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo	>= 20% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi	ASFO	>= 20% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 20% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi		
				ASUGI	>= 20% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi		
		Sono attivi programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	>= n. 1 programma attivo	ASFO	>= n. 1 programma attivo		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= n. 1 programma attivo		
				ASUGI	>= n. 1 programma attivo		

#### 1.4 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute

In ambito sanitario si proseguiranno le consolidate attività di immunizzazione per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino per tutti gli operatori sanitari, compresi i lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali. Si promuoverà l'adozione di interventi finalizzati alla adozione di stili di vita consapevoli tra i lavoratori, oltre a mantenere gli interventi a supporto del benessere psicofisico del personale sanitario coordinati dalla rete HPH. In particolare, per quanto riguarda la rete HPH, ARCS fornirà il programma di attività a tutte le Aziende/Irccs entro il 28 febbraio 2024; le aziende sono tenute alla partecipazione a tutte le attività identificate nel programma tracciato da ARCS facendosi parte attiva per la realizzazione dello stesso.

Riguardo le restanti attività di promozione della salute e dei corretti stili di vita tra i lavoratori, le Aziende/Irccs parteciperanno agli eventi formativi specifici, agli incontri promossi dalla Direzione Centrale Salute nell'ambito dei diversi gruppi di coordinamento, dando seguito alle progettualità elaborate dai gruppi stessi. Dovranno essere adottate le buone pratiche condivise sui rischi psico-sociali in sanità previste dal PRP da parte delle aziende ed enti sanitari.

In ambito extra-sanitario continuerà la diffusione del modello WHP regionale in tutto il territorio, mediante l'adozione del Manuale WHP FVG redatto dal gruppo di lavoro nel 2022 e l'implementazione del sito regionale. Le aziende inoltre assicureranno la partecipazione agli eventi formativi volti ad implementare la rete WHP.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- La promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita, informando medici competenti e RSPP aziendali, promuovendo la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali, garantendo percorsi di formazione in materia, partecipando alla manutenzione del sito WHP regionale
- La collaborazione nell'attuazione del piano mirato di prevenzione
- L'adozione di buone pratiche condivise sui rischi psico-sociali

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.4.a	Realizzazione da parte delle imprese aderenti al Programma nel 2023/24 di interventi previsti dal "Manuale WHP" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Percentuale delle imprese aderenti al programma che realizzano almeno un intervento	% imprese >= 20%	ASFO	% imprese >= 20%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	% imprese >= 20%		
				ASUGI	% imprese >= 20%		

## 1.5 Programma PP4 Dipendenze

Alla luce delle evidenze epidemiologiche di un preoccupante aumento del consumo di sostanze psicoattive legali e illegali nella popolazione giovanile, si intende sviluppare e consolidare gli interventi finalizzati a prevenire o ridurre i più comuni rischi legati al consumo di sostanze (attraverso attività di counseling, di ascolto, di informazione mirata, di distribuzione di materiali, di misurazione alcolimetrica), promuovere la cultura della legalità e della sicurezza, nonché riconoscere precocemente situazioni di disagio e favorire il rapporto con i servizi dedicati all'età evolutiva. Per favorire un confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento, è previsto un approccio territoriale di prossimità anche in collaborazione con Enti del Terzo Settore e Comuni.

Per l'anno 2024 si dà mandato ad ogni Azienda sanitaria-l'attivazione, nell'ambito delle attività dei Servizi Territoriali per le Dipendenze, di almeno un intervento per i "Giovani under 25" finalizzato alla valutazione del rischio, al counseling personalizzato, alla eventuale presa in carico, al testing per le patologie correlate, al fine di ridurre o prevenire le complicanze sanitarie e sociali più comuni correlate al consumo di sostanze psicotrope.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.a	Attivazione, nell'ambito delle attività dei Servizi Territoriali per le Dipendenze, di almeno un intervento per i "Giovani under 25" finalizzata alla valutazione del rischio, al counseling personalizzato, alla eventuale presa in carico, al testing per le patologie correlate, al fine di ridurre o prevenire le complicanze sanitarie e sociali più comuni correlate al consumo di sostanze psicotrope.	N° di interventi per Giovani under 25" finalizzato alla valutazione del rischio, al counseling personalizzato, alla eventuale presa in carico, al testing per le patologie correlate, al fine di ridurre o prevenire le complicanze sanitarie e sociali più comuni correlate al consumo di sostanze psicotrope.	>= 3 (almeno 1 per azienda)	ASFO	>=1		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=1		
				ASUGI	>=1		

## 1.6 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita

Nel corso del 2024 proseguiranno le attività finalizzate allo sviluppo delle competenze relative alla sicurezza domestica e stradale degli operatori coinvolti nei diversi setting.

Gli interventi formativi saranno rivolti in particolare agli operatori dedicati alle età pediatrica e a quella anziana, al fine di aumentare le competenze genitoriali e il corretto uso dei dispositivi di sicurezza, identificare e sensibilizzare ai rischi di caduta soprattutto degli anziani, di promuovere l'attività fisica e la cultura della sicurezza domestica e stradale in tutte le età.

In collaborazione con i referenti degli altri programmi (PP01, PP02, PP09, PP03, PL13) e gli stakeholder, proseguiranno le iniziative informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione di tutte le età e ai caregiver, finalizzate a sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio, e promuovere l'attività motoria, il corretto uso dei farmaci, l'uso corretto di dispositivi di sicurezza e la sicurezza stradale.

Materiale informativo sulla sicurezza stradale e negli ambienti di vita e dati regionali raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento relativi a sicurezza stradale e domestica, attività fisica, mobilità attiva sarà reso disponibili per la pubblicazione sul portale WHP.

Proseguirà l'attività di implementazione dei dati epidemiologici di esito degli incidenti stradali, al fine di migliorare la valutazione del burden degli incidenti stradali in termini di mortalità evitabile e disabilità.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- Garantire la partecipazione degli operatori sanitari aziendali alla formazione regionale volta a sviluppare le conoscenze e le competenze connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana
- Collaborare all'attività di pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo sulla sicurezza negli ambienti di vita e dei dati regionali raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento relativi a sicurezza stradale e domestica, attività fisica, mobilità attiva (in collaborazione con i referenti del PP3)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS										
1.6.a	Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce più a rischio (bambini, anziani)	Numero interventi di comunicazione/informazione alla popolazione generale e ai caregiver e disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità,	>=1 intervento di comunicazione per ogni Azienda sanitaria	<table border="1"> <tr> <td>ASFO</td> <td>&gt;= 1 intervento di comunicazione</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 1 intervento di comunicazione</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 1 intervento di comunicazione</td> </tr> <tr> <td>BURLO</td> <td>&gt;= 1 intervento di comunicazione</td> </tr> <tr> <td>BURLO</td> <td>Evidenza documentale della collaborazione</td> </tr> </table>	ASFO	>= 1 intervento di comunicazione	ASUFC	>= 1 intervento di comunicazione	ASUGI	>= 1 intervento di comunicazione	BURLO	>= 1 intervento di comunicazione	BURLO	Evidenza documentale della collaborazione		Coordinamento e monitoraggio
ASFO	>= 1 intervento di comunicazione															
ASUFC	>= 1 intervento di comunicazione															
ASUGI	>= 1 intervento di comunicazione															
BURLO	>= 1 intervento di comunicazione															
BURLO	Evidenza documentale della collaborazione															

### 1.7 Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione/ PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura/ PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

In continuità con la programmazione precedente, le Strutture di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro svolgeranno attività di vigilanza nei settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, anche nell'ambito dei piani mirati di prevenzione, proseguendo l'azione di controllo svolta negli scorsi anni. In accordo con il Piano di prevenzione 2021 - 2025 gli interventi di vigilanza verranno integrati con i Piani Mirati di Prevenzione. I piani sono stati presentati nel 2023 nell'ambito del Comitato regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/2008 per la condivisione con tutti i portatori di interesse e tale attività proseguirà nel 2024.



Viste le caratteristiche produttive della regione in passato, dovrà essere garantita in continuità anche la sorveglianza sanitaria dei cittadini ex-esposti all'amianto che ne fanno richiesta.

**Obiettivo PP06 Piano mirato di prevenzione:** Le aziende sanitarie dovranno partecipare agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovranno garantire l'adozione delle seguenti buone pratiche:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.a	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni da macchine non conformi presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza machine	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	ASFO	>= 8 imprese		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 10 imprese		
				ASUGI	>= 7 imprese		
1.7.b	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo dei carrelli elevatori presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza machine	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	ASFO	>= 8 imprese		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 10 imprese		
				ASUGI	>= 7 imprese		

**Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura:** le aziende dovranno partecipare agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovranno garantire l'adozione delle seguenti buone pratiche e numero di controlli:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.c	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione delle cadute dall'alto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale edilizia	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 50 imprese	ASFO	>=16 imprese		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=18 imprese		
				ASUGI	>=16 imprese		
1.7.d	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria nei lavoratori agricoli presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale agricoltura	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 75 imprese	ASFO	>= 23 imprese		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 40 imprese		
				ASUGI	>= 12 imprese		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.e	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria, comprese quelle verificate per i Piani Mirati di Prevenzione	>= 5% (2.530)	ASFO	>= 643		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 1177		
				ASUGI	>= 708		
1.7.f	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria	>=n° realizzato nel 2022 (tolleranza accettabile del 10% per cantieri)	ASFO	>=n° realizzato nel 2022 (417 cantieri; 43 aziende agricole)		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=n° realizzato nel 2022 (406 cantieri; 64 aziende agricole)		
				ASUGI	>=n° realizzato nel 2022 (313 cantieri; 21 aziende agricole)		
1.7.g	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	% di visite effettuate che sono state richieste entro il 30.11.2024	>=80%	ASFO	>=80%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=80%		
				ASUGI	>=80%		

**Obiettivo PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro:** le aziende dovranno partecipare agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovranno verificare che le imprese del territorio adottino:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.h	Adozione delle buone pratiche in tema di rischio stress lavoro correlato presso le imprese regionali	Numero di imprese estratte tra quelle selezionate nel 2023	>= 3 imprese	ASFO	>=1 impresa		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=1 impresa		
				ASUGI	>=1 impresa		
1.7.i	Adozione delle buone pratiche in materia di rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale rischio ergonomico	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	>= 10 imprese	ASFO	>= 3 imprese		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 4 imprese		
				ASUGI	>= 3 imprese		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.l	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria negli addetti alla bonifica amianto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	>= 6 imprese per ogni Azienda	ASFO	>= 6 imprese		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 6 imprese		
				ASUGI	>= 6 imprese		
1.7.m	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione sul rischio cancerogeno da silice libera in edilizia presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 30 imprese	ASFO	100% delle 10 imprese assegnate		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100% delle 10 imprese assegnate		
				ASUGI	100% delle 10 imprese assegnate		

## 1.8 Programma PP9 Ambiente, clima e salute

Il PRP-PP9 prevede diverse linee di lavoro spesso correlate a tematiche innovative complesse che richiedono specifiche competenze.

Al fine di supportare i Dipartimenti di Prevenzione nell'implementazione delle azioni previste per soddisfare gli obiettivi stabiliti dal Piano, appare importante proseguire nel consolidamento di un modello organizzativo e metodologico di integrazione interaziendale mirato a favorire un contesto di lavoro in team.

A tale scopo proseguiranno gli incontri dei gruppi di lavoro interaziendali, coordinati dal referente regionale del Programma PP9, che attraverso una collaborazione sinergica con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie implementeranno le azioni previste dal cronoprogramma ed i relativi indicatori del Programma.

Le Aziende Sanitarie garantiscono la gestione delle attività previste dalla Commissione Regionale relative a:

- interventi assistiti con gli animali e dalla relativa normativa di settore.
- Spiaggiamenti tartarughe e animali marini e dalla relativa normativa di settore.

Le Aziende sono tenute a predisporre e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il 31.12.2024 i programmi di controllo relativi alle filiere idro-potabili che insistono sul territorio di propria competenza coordinandosi con i rispettivi gestori idro-potabili, in attuazione del DLgs 23 febbraio 2023, n. 18 "Attuazione della Direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano".

Nell'ambito del migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano, con particolare riferimento alle nuove specie esotiche invasive e/o neonative in espansione (esempio Calabrone asiatico e Calabrone orientale) ogni Azienda renderà alla DCS, entro il 31.12.2024 le attività di sensibilizzazione sulla tematica nei confronti dei cittadini e le attività svolte di concerto con i referenti delle Aziende Sanitarie.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.8.a	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	N° di controlli per ciascun ispettore REACH-CLP	>= 4	ASFO >= 4 ASUFC >= 4 ASUGI >= 4		Coordinamento e monitoraggio
1.8.b	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli sui prodotti biocidi, per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	N° controlli per Azienda sanitaria	>=1	ASFO >=1 ASUFC >=1 ASUGI >=1		Coordinamento e monitoraggio
1.8.c	Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro interaziendali per l'implementazione delle azioni previste dal Programma PP9 del PRP secondo il modello organizzativo di integrazione già condiviso e adottato dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie nel 2023	N. incontri di lavoro ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>=10	ASFO >=10 ASUFC >=10 ASUGI >=10		Coordinamento e monitoraggio
1.8.d	DISPOSIZIONI DI ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 23 febbraio 2023, n. 18 Predisposizione dei programmi di controllo relativi alle filiere idropotabili che insistono sul territorio di propria competenza coordinandosi con i rispettivi gestori idro-potabili.	% filiere idropotabili che insistono nel territorio di competenza di ciascuna Azienda Sanitaria per le quali è stato predisposto il programma di controllo	>=70%	ASFO >=70% ASUFC >=70% ASUGI >=70%		

## 1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità

Si proseguiranno le attività di sostegno a favore di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile in ogni contesto collettivo e life-course (nidi, ogni grado scolastico, aziende, strutture per anziani, carceri, CSRE...), anche in contrasto alla povertà alimentare, attraverso la revisione/redazione e diffusione/promozione dei documenti di riferimento regionali, in continuità con un approccio consolidato di sinergie fra i vari stakeholder coinvolti, istituzionali e non, interni ed esterni al Sistema Sanitario Regionale. Proseguirà l'offerta di counselling nutrizionale per le donne in età preconcezionale e in gravidanza, anche in raccordo con il PL 14 "Investire in salute nei primi 1000 giorni".

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- attuazione a livello locale delle azioni/iniziative in raccordo con il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN)
- partecipazione alle attività del gruppo di lavoro per la redazione della nuova edizione delle linee guida sulla ristorazione scolastica
- partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione del nuovo sistema di monitoraggio dell'attività dell'area nutrizione
- promuovere la diffusione di conoscenze e competenza nelle attività di promozione di corretti stili alimentari sul "counselling motivazionale breve" nei setting opportunistici; partecipazione del 70% degli operatori coinvolti nel programma (medici, dietisti, biologi, assistenti)
- Diffusione e applicazione delle linee guida per l'esternalizzazione del servizio di ristorazione collettiva e supporto agli enti pubblici per la redazione di tutti i capitolati d'appalto

	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.9.a	Linee guida regionali. Diffusione della nuova edizione del documento di indirizzo sui nidi d'infanzia	Percentuale dei nidi di infanzia pubblici ai quali è stato diffuso il documento	>=90%	ASFO	>=90%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
1.9.b	Formazione operatori sul tema "Alimenta la tua salute al lavoro e a casa"	Corso di formazione ECM rivolto agli operatori sanitari.	>= n. 1 corso realizzato	ASUFC	>= n. 1 corso realizzato		Coordinamento e monitoraggio
1.9.c	Presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	Rilevazione in almeno il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	>=70%	ASFO	>=70%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>=70%		
				ASUGI	>=70%		
1.9.d	Divulgazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare tramite i siti aziendali	Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	Evidenza documentale della pubblicazione	ASFO	Evidenza		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	Evidenza		
				ASUGI	Evidenza		

### 1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica

Al fine di migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG per ridurre l'insorgenza delle malattie croniche, nel 2024 proseguono le attività di sensibilizzazione nei confronti dei pazienti in sovrappeso e obesi; i valori di confronto riportati sono stati rilevati dal sistema di sorveglianza PASSI. Tra gli obiettivi, la promozione degli stili di vita sani in ambiente lavorativo, l'applicazione del calcolo del rischio CV ai lavoratori, l'invio precoce al MMG e/o specialista del paziente a rischio CV aumentato per approfondimenti e inizio di terapia (azione equity oriented).

Le Aziende sanitarie garantiranno le seguenti attività per l'anno in corso:

- Miglioramento dei livelli dell'attività fisica in pazienti sovrappeso o obesi nella regione FVG, al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche; coinvolgimento sia degli operatori aziendali che dei MMG e PLS, mediante specifici obiettivi da proporre negli accordi aziendali, utilizzando a riferimento i dati del programma PASSI (target: estendere la raccomandazione di svolgere attività fisica al 40% dei sovrappeso ed al 58% degli obesi)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.10.a	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età lavorativa, al fine di identificare precocemente e inviare a terapia gli individui affetti da malattia CV per prevenire sia eventi CV che insorgenza di altre malattie croniche non trasmissibili	Effettuare il calcolo del rischio CV, secondo il punteggio SCORE2 e le linee guida europee dei lavoratori visitati dal medico competente delle Aziende Sanitarie regionali	>= 50% dei lavoratori visitati	ASFO	>= 50% visitati		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 50% visitati		
				ASUGI	>= 50% visitati		

### 1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni

Al fine di favorire la promozione e il sostegno all'allattamento al seno, le Aziende sanitarie garantiranno le seguenti attività per l'anno in corso:

- Prosecuzione della formazione sull'allattamento con metodologia BPL, indirizzata agli operatori aziendali dedicati, garantendo la loro partecipazione ad almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento, che sarà promosso dal IRRCS Burlo Garofolo
- incentivazione della somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio e sensibilizzazione, anche mediante appositi accordi aziendali, dei PLS all'utilizzo della piattaforma informatizzata per la popolazione generale
- prosecuzione nel monitoraggio dei livelli di allattamento al seno registrando i dati necessari sia in fase di dimissione dal Punto nascita che alla seconda vaccinazione
- rafforzare il percorso post-natale entro l'anno 2024 definendo percorsi di sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed i Dipartimenti di prevenzione provvederanno a collaborare con i competenti servizi territoriali ed ospedalieri per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- aumentare l'adesione al bilancio di salute pre-concezionale mediante la promozione di iniziative di sensibilizzazione per donne/coppie, la definizione ed attivazione di percorsi aziendali codificati di offerta e la predisposizione e divulgazione di materiale informativo multilingue sulla tematica
- consolidare il sistema di sorveglianza 0-2 e mettere in atto iniziative di miglioramento mediante la diffusione dei risultati, l'individuazione delle aree di criticità su indicatori della Sorveglianza, la proposta di iniziative per il miglioramento su aree individuate
- collaborare all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, proponendo moduli formativi, includenti anche nozioni sulla metodologia BPL, da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzando almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2024

- definire un percorso post-natale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino mediante offerta aziendale per i nuovi nati di incontri post-natale a sostegno delle competenze genitoriali

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.11.a	<b>Promozione e sostegno all'allattamento</b> Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	≥80%	ASFO	≥80%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	≥80%		
				ASUGI	≥80%		
				BURLO	≥80%		
		Percentuale di donne che allattano al seno alla dimissione dopo il parto	≥90%	ASFO	≥90%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥90%		
				BURLO	≥90%		
		Percentuale di donne che allattano al seno alla seconda vaccinazione	≥90%	ASFO	≥90%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥90%		
	1.11.b	<b>Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo</b> Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Percentuale dei nati prematuri a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	≥90%	ASFO	≥90%	
AUFC					≥90%		
ASUGI					≥90%		
BURLO					≥90%		
		Percentuale dei fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo a cui a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	≥50%	ASFO	≥50%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUGI	≥50%		

## 1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Anche per il 2024 proseguono le attività volte a promuovere e migliorare la prevenzione delle malattie infettive.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- partecipazione degli operatori sanitari agli incontri ed eventi formativi (es formazione sul counseling breve – corso FAD) organizzati e coordinati dalla Direzione centrale salute
- collaborazione all'attivazione di almeno un percorso interaziendale per la prenotazione e l'accesso facilitato alla vaccinazione, anche su iniziativa degli specialisti clinici, per soggetti con rischio aumentato per patologia o sviluppo di gravi complicanze
- collaborazione alla definizione di almeno un protocollo aziendale finalizzato alla riduzione dei rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, epatite B e C)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.12.a	Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali	Percentuale di vaccinati MPR, appartenenti alle coorti 1975-2000 di migranti, durante l'attività supplementare	>=10%	ASFO	>=10%	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	>=10%		
				ASUGI	>=10%		
1.12.b	Consolidazione dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale impegnandosi a segnalare il 100% dei casi osservati (attività coordinata da ASUFC)	Percentuale dei casi segnalati su quelli osservati	100% segnalazioni su casi osservati	ASFO	100% segnalazioni		
				ASUFC	Evidenza documentale delle azioni di coordinamento e 100% di segnalazioni		
				ASUGI	100% segnalazioni		
1.12.c	P01C Lea core Migliorare la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	> 95% (valore FVG 2022 93,17%)	ASFO	> 95% (valore 2022 94,43%)	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 93,01%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 92,22%)		
1.12.d	P02C Lea core Migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	> 95% (valore FVG 2022 91,46%)	ASFO	> 95% (valore 2022 93,43%)	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 91,01%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 90,27%)		
1.12.e	P03C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale anti-pneumococcica	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	> 95% (valore FVG 2022 89,68%)	ASFO	> 95% (valore 2022 91,56%)	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 90,24%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 87,19%)		



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.12.f	P04C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale anti-meningococcica C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	> 95% (valore FVG 2022 86,48%)	ASFO	> 95% (valore 2022 89,87%)	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 85,59%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 84,57%)		
1.12.g	P05C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale anti-HPV	Copertura vaccinale anti-HPV	> 65% (valore FVG 2022 19,46%)	ASFO	> 65% (valore 2022 0,20%)	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	> 65% (valore 2022 28,02%)		
				ASUGI	> 65% (valore 2022 25,85%)		
1.12.h	P06C Lea no core Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	> 60% (valore FVG campagna 2022 54,17%)	ASFO	> 60% (valore 2022 58,26%)	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	> 60% (valore 2022 54,21%)		
				ASUGI	> 60% (valore 2022 50,95%)		
1.12.i	B7.4 Bersaglio Migliorare la copertura vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 23% (valore FVG 2022 21,45%)	ASFO	> 23% (valore 2022 20,60%)		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	> 23% (valore 2022 23,82%)		
				ASUGI	> 23% (valore 2022 18,63%)		
				BURLO	> 23%		
				CRO	> 23%		
				ARCS	> 23%		

### 1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica

Prosegue anche nel 2024 il programma regionale di odontoiatria pubblica con la finalità di omogeneizzare l'offerta in tutto il territorio regionale, a tal fine è necessario che ogni azienda si impegni per mantenere in ogni centro di erogazione adeguati standard sia di dotazione organiche, tecnologiche che di volumi e. Le aziende dovranno fornire trimestralmente alla Direzione Centrale, per il tramite del coordinamento regionale i dati relativi alle liste di attesa .

Sempre nell'ottica di implementare i servizi sulla base dei bisogni rilevati e rendere il livello qualitativo quanto più omogeneo nelle diverse aree regionali, si ritiene necessario che ASUGI attivi un nuovo ambulatorio odontoiatrico presso il carcere, che ASFO e ASUFC riveda la propria organizzazione dell'offerta nel rispetto degli standard erogativi declinati negli obiettivi di seguito riportati, anche prevedendo l'eventuale chiusura

dei punti erogativi che non riescono ad assicurare gli standard erogativi o tecnologici con il conseguente rafforzamento degli altri punti di erogazione.

All'interno della progettualità specifica si prevede che ASUFC definisca un piano per la funzione di Pronto Soccorso odontoiatrico per pazienti disabili con accesso dedicato alle sale operatorie.

Il coordinamento delle attività come previsto dalla DGR 1334 del 31.7.2019 è affidato al Direttore del centro Hub di ASUGI, con il supporto dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) e dei referenti aziendali, ed eventualmente di referenti di disciplina, e in costante relazione con la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (di seguito DCS).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	
1.13.a	Assicurare adeguati volumi di prestazioni/anno per ogni centro di erogazione	N° di prestazioni/anno erogate in ogni centro di erogazione	≥1400 ovvero ≥ volumi 2019	ASFO	≥1400 ovvero ≥ volumi 2019		
				ASUFC	≥1400 ovvero ≥ volumi 2019		
				ASUGI	≥1400 ovvero ≥ volumi 2019		
1.13.b	Assicurare un adeguato case mix tra prime visite e visite di controllo e restanti prestazioni	% di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche o di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate	<35%	ASFO	<35%		
				ASUFC	<35%		
				ASUGI	<25%		
				BURLO	<35%		

### 1.14 Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento)

Le strutture del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del Servizio sanitario regionale (SSR) sono coinvolte a pieno titolo nella gestione delle diverse fasi pandemiche.

Il Ministero della Salute pianifica gli interventi, nell'ambito delle prerogative e dei limiti previsti dalla Costituzione, fornisce alle competenti autorità regionali indicazioni nazionali per una uniforme attività nei diversi ambiti subnazionali, sulla base delle raccomandazioni provenienti dagli organismi comunitari e internazionali, e attiva canali specifici di comunicazione verso i cittadini e verso i professionisti sanitari.

La Regione Friuli Venezia Giulia con DGR n. 249 del 2022 ha definito la strategia operativa, le azioni e gli interventi da assicurare sul territorio nelle diverse fasi pandemiche, ogni azienda dovrà porre in essere tutte le azioni previste dagli obiettivi del PanFLU FVG 2021-2023 secondo le indicazioni del Piano e da quanto verrà definito dalla Direzione Centrale Salute.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.14.a	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFLU FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Evidenza dell'aggiornamento dei piani aziendali e loro applicazione	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025, sugli atti ed azioni adottate nell'anno 2024	ASFO	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025		
				ASUGI	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025		

## 1.15 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria

La Regione Friuli Venezia Giulia gestisce ed implementa il sistema di sorveglianza veterinaria secondo la normativa nazionale ed EU in tema di sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità animale, bio-sicurezza degli allevamenti per la produzione di alimenti, benessere degli animali, e Igiene Urbana Veterinaria. Adotta inoltre, a livello regionale, misure specifiche di controllo ed eradicazione di alcune malattie infettive degli animali (IBR e BVD) e di sicurezza alimentare (Piccole Produzioni Locali)”

Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione, rientrano 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.

Per l'esecuzione di tali Piani a partire dal 2012 la Regione FVG si avvale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVE) ai sensi della Legge Regionale 24 aprile 2015 n. 9 di riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie (IZSVE) ed il conseguente Accordo tra la Regione del Veneto, la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, la Provincia autonoma di Bolzano e la Provincia autonoma di Trento sulla gestione dell'Istituto dove è previsto che l'IZSVE provvede, previa copertura finanziaria da parte della committenza, ad ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dagli enti cogenerenti.

Pertanto, preso atto delle attività svolte dall'IZSVE in attuazione ai Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria ratificati con accordi di collaborazione annuale, al fine di ottimizzare le risorse di capitale e di programmazione intesa come risorse disponibili allocate all'espletamento di tali attività e come progettualità di lungo termine, si intende stipulare un Accordo di collaborazione con il medesimo IZSVE di durata triennale (2022-2023), definendone di anno in anno i contenuti attuativi, a partire dal primo semestre 2021 fino al 31 dicembre 2024.

Le eventuali modifiche o integrazioni in termini di contenuti o di risorse finanziarie saranno concordate tra le parti con lettera a firma dei Direttori o loro delegati.

Anche per l'anno 2024 tutte le Aziende dovranno assicurare la realizzazione del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale raggiungendo 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). In particolare, ogni azienda dovrà assicurare tutti gli interventi ispettivi e di audit previsti per settore dal PRISAN, il numero di valutazioni del rischio e di campionamenti di alimenti programmati dal PRISAN nonché il numero di controlli congiunti tra Servizio veterinario e Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) come da Accordo Conferenza Stato Regioni

Nel corso del 2024 dovrà inoltre essere dato seguito al Piano ufficiale straordinario per la tracciabilità delle carni suine sensibili alla PSA. A tale scopo le aziende dovranno realizzare interventi presso macellerie,

agriturismi con annesso laboratorio, ristoranti, eventuali fiere, mostre e mercati dove sono stati pianificate le attività di controllo ufficiale rafforzate, con riguardo alla verifica della Tracciabilità/Rintracciabilità ai sensi del Reg. 178/2002 per le carni di suidi (maiali e cinghiali) sensibili alla PSA. Inoltre, le aziende dovranno realizzare verifiche presso gli stabilimenti riconosciuti ex Reg CE/853/2004, che in ragione di flussi commerciali conosciuti, trattano anche carni di cinghiale o di suino provenienti da zone a rischio PSA, verificare il campo d'esame 9 – Rintracciabilità. In merito a tutta l'attività svolta riguardo l'attuazione del Piano ufficiale straordinario sopra citato le Aziende dovranno trasmettere entro il 31.01.2025 una relazione finale dettagliata delle attività svolta dalla quale emerga il numero di interventi eseguiti e il numero di non conformità rilevate e i relativi provvedimenti adottati.

Prosegue anche per l'anno 2024 il Progetto Piccole Produzioni Locali (PPL) e in tale ambito le Aziende dovranno effettuare le attività previste su:

- prodotti lattiero caseari di malga
- vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...

Entro il 31.01.2025 le Aziende dovranno trasmettere una relazione alla Direzione Centrale Salute illustrante il numero di PPL vegetali registrate e il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; nonché il dettaglio delle attività eseguite su prodotti lattiero caseari di malga, vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc.

Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria tutte le Aziende saranno impegnate per il tramite dei propri referenti aziendali alla realizzazione delle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione. In tale ambito i dipartimenti di prevenzione dovranno inoltre proseguire nelle attività di ispezioni presso i canili convenzionati e presso gli allevamenti per animali d'affezione.

Sul versante informatico tutte le Aziende nel corso del 2024 dovranno adottare il sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e per l'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (esecuzione, monitoraggio e registrazione)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.15.a	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	n. interventi ispettivi per settore realizzati / n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2024 da PRISAN	100%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
		n. audit per settore realizzati/ n. audit per settore programmati per il 2024 da PRISAN		ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
			n. valutazioni del rischio realizzate / n. valutazioni del rischio programmate per il 2024 da PRISAN	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
		n. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di	ASUFC	100%			
			ASUGI	100%			
				ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
			ASUFC	100%			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	alimenti programmati per 2024 da PRISAN		ASUGI	100%		
		n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN realizzati / n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN programmati per 2024 da PRISAN	100%	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
		n. interventi ispettivi per settore effettuati/ n. interventi ispettivi per settore effettuati/ programmati per il 2024 da PRISAN	100%	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	100%		
ASUGI	100%						
Lea core P10Z	Migliorare la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino*	100% <i>(valore FVG 2021 ministeriale: 65,97%)</i>	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
<p>* indicatore composito: =  <math>[(\text{numero delle aziende bovine controllate per anagrafe} / 3\% \text{ delle aziende bovine in BDN}) \times 100] \times 0,1</math>  <math>+ [(\text{numero delle aziende ovicaprine controllate per anagrafe} / 3\% \text{ delle aziende ovicaprine in BDN}) \times 100] \times 0,05</math>  <math>+ [(\text{numero di capi ovicaprini controllati per anagrafe} / 5\% \text{ degli ovicaprini}) \times 100] \times 0,05</math>  <math>+ [(\text{numero delle aziende suine controllate per anagrafe} / 1\% \text{ delle aziende suine in BDN}) \times 100] \times 0,1</math>  <math>+ [(\text{numero delle aziende equine controllate per anagrafe} / 5\% \text{ delle aziende equine in BDN}) \times 100] \times 0,1</math>  <math>+ [(\text{numero degli allevamenti apistici controllati per anagrafe} / 1\% \text{ degli allevamenti in BDN}) \times 100] \times 0,1</math>  <math>+ [(n^\circ \text{ dei controlli svolti mediante campionamenti ed analisi in attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale dell'anno di riferimento} / n^\circ \text{ dei controlli mediante campionamenti ed analisi minimi stabiliti dal medesimo Piano per l'anno di riferimento}) \times 100] \times 0,3 + [(n^\circ \text{ di operatori controllati per farmacovigilanza} / \text{operatori controllabili}) \times 100] \times 0,2.</math></p> <p>Tutti gli indicatori devono tendere a 100%, sono fissate dal Ministero delle soglie minime di inaccettabilità che sono pari al 90% ad eccezione degli ultimi 3 indicatori per i quali sono fissati rispettivamente le soglie minime del 60%, 70% e del 100%.</p>							
Lea core P12Z	Migliorare la copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale*	100% <i>(Valore FVG 2021 ministeriale: 98,80%)</i>	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
<p>* indicatore composito: =  <math>[(n^\circ \text{ dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale} / n^\circ \text{ dei controlli previsti dal medesimo Piano}) \times 100] \times 0,4</math>  <math>+ [(n^\circ \text{ dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di prodotti fitosanitari in attuazione del DM 23 dicembre 1992} / n^\circ \text{ dei controlli previsti}) \times 100] \times 0,4</math>  <math>+ [(n^\circ \text{ dei controlli minimi svolti in attuazione del Piano Nazionale per il controllo degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari} / n^\circ \text{ dei controlli minimi stabiliti dal medesimo piano}) \times 100] \times 0,2</math></p> <p>Tutti gli indicatori devono tendere a 100%, sono fissate dal Ministero delle soglie minime di inaccettabilità che sono pari al 90%</p>							

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS		
Lea no core PZ11	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N. di allevamenti controllati per ciascuna specie in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima specie) x 100	100% (soglia minima accettabile 80%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio		
				ASUFC	100%				
				ASUGI	100%				
				(N di allevamenti controllati per la categoria "altri bovini" in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima categoria) x100	100% (soglia minima accettabile 80%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC		100%			
				ASUGI		100%			
				(N. di controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione secondo le linee guida applicative del regolamento 1099/2009/ N di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano) x 100.	100% (soglia minima accettabile 80%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC		100%			
				ASUGI		100%			
1.15.b	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Percentuale di controlli effettuati rispetto a quelli previsti per gli atti di interesse di a condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio		
				ASUFC	100%				
				ASUGI	100%				
1.15.c	Biosicurezza suini Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione della PSA	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza suini sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento		
				ASUFC	100%				
				ASUGI	100%				
1.15.d	Biosicurezza avicoli Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli ai fini della prevenzione dell'influenza aviaria	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza avicoli sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento		
				ASUFC	100%				
				ASUGI	100%				
1.15.e	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	Percentuale 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 31/12/2024)	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento		
				ASUFC	100%				
				ASUGI	100%				

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.15.f	Igiene Urbana Veterinaria: Predisporre le attività previste per il passaggio alla Banca dati nazionale (BDN) animali d'affezione.	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.15.g	Igiene Urbana Veterinaria: garantire l'attività di controllo sanitario sui canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione	Percentuale di canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione ispezionati	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.15.h	Avvio ed utilizzo del sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e per l'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (programmazione, inserimento e rendicontazione)	Report con evidenza dell'avvio integrale di tutti i sistemi	Avvio ed utilizzo al 100% dei sistemi entro il 31/12/2024	ASFO	100% utilizzo sistemi		Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100% utilizzo sistemi		
				ASUGI	100% utilizzo sistemi		

## 1.16 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento

Le sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento costituiscono strumenti essenziali per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la ricerca, il governo in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura (DPCM 3 marzo 2017).

A partire dal 2017 rappresentano attività LEA nell'area della Prevenzione (DPCM 12/01/2017, Allegato 1 Area F); in particolare, il LEA F2 impegna i servizi sanitari nelle attività di "Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo a fini programmatori e valutativi delle informazioni sui fattori di rischio di malattie croniche e sugli stili di vita" e la "Sorveglianza dei trend temporali e spaziali".

La Regione Friuli Venezia Giulia ha individuato il "Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento" fra i Livelli Essenziali di Assistenza Regionali (DGR 1965-2021) per "assicurare la gestione a livello regionale delle sorveglianze di popolazione", coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità e riconosciute di rilevanza nazionale, ai sensi del DPCM del 3 marzo 2017.

Le funzioni del Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento sono state affidate ad ASUGI (DGR 321/2022), al fine di ottemperare al LEA della Prevenzione e di assicurare, per tutte le Aziende Sanitarie della Regione, l'organizzazione e la conduzione delle sorveglianze, la produzione degli indicatori di competenza



per il monitoraggio dei LEA e degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione, ma anche di potenziare la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo, ove richiesto.

Nel corso del 2024 l'organizzazione del centro, avviata da ASUGI dovrà essere completata, acquisendo le risorse necessarie a garantire le funzioni assegnate.

In continuità con gli anni precedenti, le indagini telefoniche saranno realizzate da operatori formati del call center regionale. Questo per garantire la numerosità campionaria minima per il calcolo degli indicatori LEA di competenza (P 14C) per ciascuna delle Aziende Sanitarie della Regione e di inserire fra le tematiche indagate dalle Sorveglianze argomenti di specifico interesse regionale.

In continuità con il protocollo in essere, l'invio dell'informativa ai soggetti campionati e ai medici di medicina generale è gestita da INSIEL.

Le Aziende sanitarie garantiranno le seguenti attività per l'anno in corso:

- da parte di ASUGI il completamento dell'acquisizione delle risorse necessarie e l'implementazione dell'organizzazione del Centro di Riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento, al fine di garantire il coordinamento regionale e la conduzione delle Sorveglianze di Popolazione PASSI e PASSI D'Argento per le Aziende Sanitarie della Regione
- ASUGI fornirà, ove richiesto, il supporto per la valutazione di tematiche di peculiare interesse regionale mediante l'utilizzo delle sorveglianze Passi e PASSI d'Argento
- ASUGI predisporrà e fornirà entro il 2024 un report a partire dai dati delle sorveglianze PASSI e PASSI d'argento
- Collaborazione agli studi di sorveglianza, che supportano la valutazione dei risultati dei programmi del PRP.
- Collaborazione alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, inclusi i medici di medicina generale, e la popolazione, anche attraverso i portali regionali e i media aziendali

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core P14C	Migliorare il valore dell'indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	< 40% <i>(valore FVG 2022 referente 35,53%)</i>	ASFO	< 40% <i>(valore 2022 31,90%)</i>		Monitoraggio e coordinamento tramite ASUGI, affidataria della gestione della progettualità
				ASUFC	< 40% <i>(valore 2022 35,16%)</i>		
				ASUGI	< 40% <i>(valore 2022 39,16%)</i>		

## 2. ASSISTENZA DISTRETTUALE

Per quanto riguarda l'assistenza distrettuale nel corso del 2024 proseguono le attività di riorganizzazione dei servizi al fine di allineare progressivamente il sistema verso gli standard del DM 77/2022, anche attraverso la realizzazione degli investimenti finanziati dal PNRR.

Le aziende sanitarie si impegnano a perseguire questi obiettivi anche attraverso il coinvolgimento attivo dei MMG e dei PLS, la loro competenza e il loro ruolo strategico all'interno del sistema sanitario.



## 2.1 Assistenza primaria

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core D03C	Mantenimento /miglioramento del tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	$\leq 305$ <i>(valore FVG 2022 263,20)</i>	ASFO	$\leq 305$ <i>(valore 2022 306,20)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	$\leq 305$ <i>(valore 2022 263,60)</i>		
				ASUGI	$\leq 305$ <i>(valore 2022 237,5)</i>		
Lea core D04C	Mantenimento/miglioramento del tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite	$\leq 81$ <i>(valore FVG 2022 48,79)</i>	ASFO	$\leq 81$ <i>(valore 2022 67,09)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	$\leq 81$ <i>(valore 2022 54,47)</i>		
				ASUGI	$\leq 81$ <i>(valore 2022 23,36)</i>		
Lea no core D05C	Mantenimento/miglioramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	$< 60$ <i>(valore FVG 2022 59,75)</i>	ASFO	$< 60$ <i>(valore 2022 52,79)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	$< 60$ <i>(valore 2022 64,73)</i>		
				ASUGI	$< 60$ <i>(valore 2022 58,79)</i>		
Lea no core D06C	Mantenimento/miglioramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	$< 20$ <i>(valore FVG 2022 21,81)</i>	ASFO	$< 20$ <i>(valore 2022 19,79)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	$< 20$ <i>(valore 2022 17,66)</i>		
				ASUGI	$< 20$ <i>(valore 2022 29,68)</i>		
Bersaglio C13A.2.2.1	Migliorare il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti ( $\geq 65$ anni)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti ( $\geq 65$ anni)	$< 25,00\%$ <i>(valore FVG 2022 32,61%)</i>	ASFO	$< 40,00\%$ <i>(valore 2022 46,62%)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	$< 27,00\%$ <i>(valore 2022 29,66%)</i>		
				ASUGI	$< 25,00\%$ <i>(valore 2022 26,28%)</i>		
Bersaglio C13A.2.2.2	Migliorare la percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	$< 10\%$ <i>(valore FVG 2022 12,49%)</i>	ASFO	$< 11\%$ <i>(valore 2022 11,39%)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	$< 11\%$ <i>(valore 2022 12,93%)</i>		
				ASUGI	$< 11\%$ <i>(valore 2022 12,98%)</i>		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C9.1	Migliorare il consumo di inibitori di pompa protonica sul territorio	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	< 30 (valore FVG 2022 31,19)	ASFO	< 30 (valore 2022 33,91)	Monitoraggio	
				ASUFC	< 30 (valore 2022 33,08)		
				ASUGI	< 30 (valore 2022 26,42)		

## 2.2 Assistenza territoriale

Di seguito vengono proposti alcuni indicatori di attività rispetto ai quali le Aziende sanitarie regionali si dovranno impegnare per assicurare adeguati standard qualitativi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core D2ZZ	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 4,00 (valore FVG 2022 4,13)	ASFO	>= 4,00 (valore 2022 5,10)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	Adeguamento sistema informativo cartella territoriale
				ASUFC	>= 4,00 (valore 2022 3,64)		
				ASUGI	>= 4,00 (valore 2022 4,00)		
Lea core D2ZZ	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 3,00 (valore FVG 2022 1,96)	ASFO	>= 3,00 (valore 2022 3,08)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	Adeguamento sistema informativo cartella territoriale
				ASUFC	>= 3,00 (valore 2022 1,59)		
				ASUGI	>= 3,00 (valore 2022 1,54)		
Lea core D2ZZ	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,00 (valore FVG 2022 0,70)	ASFO	>= 2,00 (valore 2022 1,12)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	Adeguamento sistema informativo cartella territoriale
				ASUFC	>= 2,00 (valore 2022 0,73)		
				ASUGI	>= 2,00 (valore 2022 0,30)		
Lea core D33Za	Incremento del numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.	> 41	ASFO	> 41	Monitoraggio	Aggiornamento del repository con l'implementazione dei dati sul trattamento socioresidenziale R1 R2 R3
				ASUFC	> 41		
				ASUGI	> 41		
Lea core D27C	Miglioramento della percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<= 6,00 (Valore FVG 2022 6,06%)	ASFO	<= 6,00 (valore 2022 6,43%)	Monitoraggio	
				ASUFC	<= 6,00 (valore 2022 2,67%)		
				ASUGI	<= 6,00 (valore 2022 8,49%)		

### 2.3 Acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati. Vincoli di spesa

Per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera è vigente per le aziende sanitarie il vincolo legislativo di spesa fino al massimo del 6 per cento del finanziamento loro assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente, nel rispetto del pareggio di bilancio e dell'invarianza dell'effetto finanziario, così come disposto dall'art. 34, comma 3, della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22. In adempimento e ai fini di quanto disposto dall'articolo 68, commi 3 bis e 3 ter, della l.r. n. 22/2019 nonché in applicazione di quanto disposto dal citato art. 34, comma 3, il limite di spesa massima complessiva regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera è conseguentemente individuato nell'importo pari al sei per cento del finanziamento complessivamente assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente all'azienda sanitaria Friuli Occidentale nonché alle aziende sanitarie universitarie Friuli Centrale e Giuliano Isontina”.

## 3. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera le linee di indirizzo regionali del 2024 sono volte da un lato a recuperare tempestività nella risposta ai bisogni dei cittadini, dall'altra a recuperare efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei servizi. Il cammino intrapreso nella valutazione degli indicatori di performance del sistema sanitario all'interno del Network delle Regioni coordinato dall'Istituto S. Anna di Pisa, ha innescato nel corso dell'anno 2023 dei percorsi di miglioramento che hanno portato, seppur in maniera non omogenea a livello regionale, dei risultati incrementali rispetto al 2022. Diventa pertanto fondamentale proseguire nelle attività di monitoraggio e benchmark per stimolare ulteriormente le attività virtuose e procedere nei progetti avviati con l'Istituto Sant'Anna di Pisa.

Vengono di seguito elencati gli indicatori e i relativi target che per l'anno 2024 rappresentano obiettivo per ogni azienda regionale, nell'ottica di avvicinare le performance regionali ai valori medio alti del Network delle Regioni, di ridurre la variabilità presente nel territorio regionale, oltre che a perseguire i target previsti dalle indicazioni nazionali e regionali.

Sempre nell'ottica della ricerca dell'efficienza e dall'appropriatezza, a fronte della necessità di allineare l'organizzazione regionale alla nomenclatura e agli standard nazionali, si ritiene indispensabile una revisione della dotazione dei posti letto per post-acuti. A tal fine dà mandato alla DCS, attraverso il supporto tecnico di ARCS, di rivedere la dotazione dei posti letto per post acuti definendo un cronoprogramma di adeguamento, le modalità di classificazione e i debiti informativi in particolare dei posti letto collocati in strutture territoriali.

### 3.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core H04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	<= 0,15 <i>(valore FVG 2022 0,19)</i>	ASFO	<= 0,15 <i>(valore 2022 0,15)</i>	Monitoraggio	
				ASUFC	<= 0,15 <i>(valore 2022 0,17)</i>		
				ASUGI	<= 0,17 <i>(valore 2022 0,19)</i>		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				BURLO	<= 0,20 (valore 2022 0,24)		
				CRO	<= 0,65 (valore 2022 0,73)		
Lea core H05Z	Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90 (valore FVG 2022 73,57)	ASFO	>= 90 (valore 2022 58,23)	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90 (valore 2022 82,96)		
				ASUGI	>= 90 (valore 2022 72,70)		
Bersaglio C2A.M	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore FVG 2022 0,87)	ASFO	<0,00 (valore 2022 -0,14)	Monitoraggio	
				ASUFC	<0,00 (valore 2022 1,50)		
				ASUGI	<0,00 (valore 2022 1,65)		
				BURLO	<0,00 (valore 2022 -0,30)		
				CRO	<0,00 (valore 2022 -2,46)		
Bersaglio C2A.C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 (valore FVG 2022 0,61)	ASFO	<0,00 (valore 2022 -0,25)	Monitoraggio	
				ASUFC	<0,50 (valore 2022 0,77)		
				ASUGI	<1,00 (valore 2022 1,14)		
				BURLO	<0,00 (valore 2022 -0,20)		
				CRO	<0,80 (valore 2022 0,98)		
Lea core H13C	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario  (Ospedali HUB)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario  (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG 2022 52,18%)	ASFO	>= 65% (valore 2022 77,20%)	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 65% (valore 2022 18,10%)		
				ASUGI	>= 65% (valore 2022 64,00%)		
Lea core H13C	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario  (Ospedali SPOKE)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario  (Ospedali SPOKE)	>= 80% (valore FVG 2022 56,59%)	ASFO	>= 80% (valore 2022 36,50%)	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 80% (valore 2022 60,00%)		
				ASUGI	>= 80% (valore 2022 55,65%)		
Bersaglio	Incrementare la percentuale di	Percentuale di ricoveri sopra	>= 80%	ASFO	>= 70% (valore 2022		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS						
	ricoveri sopra soglia (50 interventi annui) per tumore maligno alla prostata	soglia (50 interventi annui) per tumore maligno alla prostata	(valore FVG 2022 77,53%)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>62,60%</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 70% (valore 2022 64,52%)</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 90% (valore 2022 95,93%)</td> </tr> </table>		62,60%	ASUFC	>= 70% (valore 2022 64,52%)	ASUGI	>= 90% (valore 2022 95,93%)		
	62,60%											
ASUFC	>= 70% (valore 2022 64,52%)											
ASUGI	>= 90% (valore 2022 95,93%)											

### 3.2 Emergenza urgenza

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS								
Bersaglio C16.2.N*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	>= 70% (valore FVG 2022 45,71%)	<table border="1"> <tr> <td>ASFO</td> <td>&gt;= 70% (valore 2022 47,58%)</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 70% (valore 2022 43,48% 80,43% pediatrico 33,08% udine)</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 70% (valore 2022 33,30%)</td> </tr> <tr> <td>BURLO</td> <td>&gt;= 70% (valore 2022 82,74%)</td> </tr> </table>	ASFO	>= 70% (valore 2022 47,58%)	ASUFC	>= 70% (valore 2022 43,48% 80,43% pediatrico 33,08% udine)	ASUGI	>= 70% (valore 2022 33,30%)	BURLO	>= 70% (valore 2022 82,74%)	Monitoraggio	
ASFO	>= 70% (valore 2022 47,58%)													
ASUFC	>= 70% (valore 2022 43,48% 80,43% pediatrico 33,08% udine)													
ASUGI	>= 70% (valore 2022 33,30%)													
BURLO	>= 70% (valore 2022 82,74%)													
Bersaglio C16.2.N*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 80% (valore FVG 2022 60,28%)	<table border="1"> <tr> <td>ASFO</td> <td>&gt;= 80% (valore 2022 65,67% 83,58% pediatrico 57,36% spilim.-s.vito)</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 80% (valore 2022 61,17%)</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 80% (valore 2022 53,76%)</td> </tr> </table>	ASFO	>= 80% (valore 2022 65,67% 83,58% pediatrico 57,36% spilim.-s.vito)	ASUFC	>= 80% (valore 2022 61,17%)	ASUGI	>= 80% (valore 2022 53,76%)	Monitoraggio			
ASFO	>= 80% (valore 2022 65,67% 83,58% pediatrico 57,36% spilim.-s.vito)													
ASUFC	>= 80% (valore 2022 61,17%)													
ASUGI	>= 80% (valore 2022 53,76%)													
Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG 2022 73,51%)	<table border="1"> <tr> <td>ASFO</td> <td>&gt;= 65% (valore 2022 67,74%)</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 65% (valore 2022 68,45% 94,38% pediatrico 49,80% Udine)</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 65% (valore 2022 62,44%)</td> </tr> <tr> <td>BURLO</td> <td>&gt;= 65% (valore 2022 94,57%)</td> </tr> </table>	ASFO	>= 65% (valore 2022 67,74%)	ASUFC	>= 65% (valore 2022 68,45% 94,38% pediatrico 49,80% Udine)	ASUGI	>= 65% (valore 2022 62,44%)	BURLO	>= 65% (valore 2022 94,57%)	Monitoraggio	
ASFO	>= 65% (valore 2022 67,74%)													
ASUFC	>= 65% (valore 2022 68,45% 94,38% pediatrico 49,80% Udine)													
ASUGI	>= 65% (valore 2022 62,44%)													
BURLO	>= 65% (valore 2022 94,57%)													
Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 75% (valore FVG 2°sem. 2022 75,00%)	<table border="1"> <tr> <td>ASFO</td> <td>&gt;= 75% (valore 2022 78,24% 91,81% pediatrico 67,25% spilim.-s.vito)</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 75% (valore 2022 72,82%)</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 75% (valore 2022 75,08%)</td> </tr> </table>	ASFO	>= 75% (valore 2022 78,24% 91,81% pediatrico 67,25% spilim.-s.vito)	ASUFC	>= 75% (valore 2022 72,82%)	ASUGI	>= 75% (valore 2022 75,08%)	Monitoraggio			
ASFO	>= 75% (valore 2022 78,24% 91,81% pediatrico 67,25% spilim.-s.vito)													
ASUFC	>= 75% (valore 2022 72,82%)													
ASUGI	>= 75% (valore 2022 75,08%)													
Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	>= 88% (valore FVG 2°sem. 2022 92,01%)	<table border="1"> <tr> <td>ASFO</td> <td>&gt;= 88% (valore 2022 96,24%)</td> </tr> <tr> <td>ASUFC</td> <td>&gt;= 88% (valore 2022 90,50% 99,37% pediatrico 86,86% udine)</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>&gt;= 88% (valore 2022 84,40%)</td> </tr> <tr> <td>BURLO</td> <td>&gt;= 88% (valore 2022 99,65%)</td> </tr> </table>	ASFO	>= 88% (valore 2022 96,24%)	ASUFC	>= 88% (valore 2022 90,50% 99,37% pediatrico 86,86% udine)	ASUGI	>= 88% (valore 2022 84,40%)	BURLO	>= 88% (valore 2022 99,65%)	Monitoraggio	
ASFO	>= 88% (valore 2022 96,24%)													
ASUFC	>= 88% (valore 2022 90,50% 99,37% pediatrico 86,86% udine)													
ASUGI	>= 88% (valore 2022 84,40%)													
BURLO	>= 88% (valore 2022 99,65%)													

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore  (Ospedali SPOKE)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore  (Ospedali SPOKE)	>= 92%  (valore FVG 2°sem. 2022 94,31%)	ASFO	>= 92% (valore 2022 94,91% 98,89% pediatrico 92,62% spilim.-s.vito)	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 92% (valore 2022 95,02%)		
				ASUGI	>= 92% (valore 2022 92,56%)		
C16.10 Bersaglio	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	< 7,80%  (valore FVG 2022 6,31%)	ASFO	< 6,00% (valore 2022 5,23%)	Monitoraggio	
				ASUFC	< 6,00% (valore 2022 5,87%)		
				ASUGI	< 6,00% (valore 2022 5,97%)		
				BURLO	< 10,0% (valore 2022 14,11%)		
3.2.a	Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	% dei contatti delle richieste di soccorso in cui è applicato il sistema dispatch per il triage telefonico	>= 95%	ARCS	>=95%	Vedi target	
Lea core D09Z	Miglioramento dei tempi di arrivo sui target per le chiamate di emergenza con codice rosso in aree urbane.	75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica e l'arrivo del 1° mezzo di soccorso al target (codice rosso in territorio urbano)	<= 8	ASFO	<= 8		
				ASUFC	<= 8		
				ASUGI	<= 8		
				ARCS	<= 8		

\* gli indicatori sono riferiti al periodo luglio-dicembre in quanto nel corso del primo semestre del 2022 c'è stato il cambio dei codici triage presso gli enti del SSR

### 3.3 Materno infantile

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea core H17C	Migliorare la % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<=15%  (valore FVG 2022 15,04%)	ASFO	<=15% (valore 2022 16,01%)	Monitoraggio	
				ASUFC	<=15% (valore 2022 15,66%)		
				ASUGI	<=15% (valore 2022 12,43%)		
Lea core H18C	Migliorare la % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	<=25%  (valore FVG 2022 18,76%)	ASFO	<=25% (valore 2022 19,38%)	Monitoraggio	
				ASUFC	<=25% (valore 2022 21,86%)		
				BURLO	<=25% (valore 2022 15,33%)		
Bersaglio C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	<20%  (valore FVG 2022 25,87%)	ASFO	<20% (valore 2022 23,83%)	Monitoraggio	
				ASUFC	<20% (valore 2022 28,81%)		
				ASUGI	<20% (valore 2022 13,36%)		
				BURLO	<20% (valore 2022 28,14%)		
Bersaglio C7.6	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5  (valore FVG 2022 9,48%)	ASFO	< 7,5 (valore 2022 8,62%)	Monitoraggio	
				ASUFC	< 7,5 (valore 2022 9,85%)		
				ASUGI	< 7,5 (valore 2022 5,56%)		
				BURLO	< 7,5 (valore 2022 11,30%)		

### 3.4 Trapianti e donazioni

Si prosegue nelle attività, anche in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018, Rep. Atti n. 16/CSR ("Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate") nonché del precedente Accordo Stato-Regioni del 14 dicembre 2017, Rep. Atti n. 225/CSR ("Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020").

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	
3.4.a	Attuazione Accordo Stato-Regioni 24 gennaio 2018, Rep. Atti n. 16/CSR, sui requisiti minimi per i centri di trapianto	Comunicazione alla DCS dei nominativi di: Responsabile programma trapianto; Responsabile équipe chirurgica; Responsabile clinico della gestione pre e post e follow up; Responsabile gestione liste d'attesa	trasmissione della comunicazione dei nominativi effettuata entro il 31.12.2024	ASUFC	trasmissione alla DCS entro il 31.12.2024 dei nominativi per tutti i ruoli da comunicare		
3.4.b	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017, Rep. Atti n. 225/CSR, in relazione all'organizzazione dei coordinamenti locali ospedalieri per il procurement	Comunicazione organigramma COP alla DCS completo delle figure infermieristiche	trasmissione alla DCS entro il 31.12.2024 della comunicazione completa richiesta	ASFO	trasmissione alla DCS entro il 31.12.2024 della comunicazione completa		
				ASUFC			
				ASUGI			
3.4.c	Donatore Cuore Fermo (DCD)	erogazione di corsi di formazione	erogazione di 1 o più corsi di formazione per la tematica	ASFO	avvenuta erogazione entro il 31.12.2024 di 1 o più corsi di formazione per la tematica		
				ASUFC			
				ASUGI			
3.4.d	Donazione cornee	valore percentuale su deceduti 4-79a	> 5% decessi 4-79a	ASFO	> 5% decessi 4-79a	Fornitura dati decessi 4-79 aa	
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
3.4.e	Monitoraggio opposizioni (ambito: donazione cornee)	valore percentuale su numero processi di valutazione dei donatori di cornee	< 50 %	ASFO	< 50 %		
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
3.4.f	Confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale	percentuale dei dati analizzati da COP	100 %	ASFO	100 %	Fornitura dati SDO ICD-9-CM	Acquisizione dati tramite CRT
				ASUFC			
				ASUGI			



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM			BURLO			
3.4.g	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI	percentuale	≥ 30 %	ASFO	≥ 30 %		
				ASUFC			
				ASUGI			

## 4. INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

### 4.1 Integrazione sociosanitaria

In un momento di importanti interventi normativi finalizzati ad apportare significative innovazioni su temi come la disabilità e la non autosufficienza, è evidente la necessità di costruire sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale, che consentano di garantire, in maniera graduale e condivisa tra l'ambito sociale e l'ambito sanitario, i LEPS e i LEA.

Le recenti normative e gli atti di pianificazioni nazionali e regionali focalizzano un processo sistematico di potenziamento e sviluppo dell'integrazione sociosanitaria affrontando esplicitamente natura, fasi e contenuti del processo di presa in carico delle persone vulnerabili. Si affronta anche il passaggio più impegnativo, che riguarda l'integrazione sociosanitaria di tipo sistemico imperniata sul rapporto permanente e strutturato tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario in riferimento alle evoluzioni recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR.

La Regione è chiamata, dunque, ad avere un ruolo di governance per garantire la realizzazione di un sistema integrato tra componente sanitaria, sociale e sociosanitaria attraverso il raccordo tra programmazione integrata regionale e la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria nazionale, con particolare attenzione alla definizione condivisa e alla realizzazione integrata dei processi complessi.

Non si può, quindi, che riaffermare la continuazione del processo già avviato d'integrazione tra Distretti e Servizi sociali dei Comuni che prevede l'attivazione di equipe integrate multiprofessionali stabili nelle diverse aree d'intervento, in grado di garantire il processo di presa in carico (dall'accoglimento della domanda alla definizione del progetto personalizzato con gli interventi programmati) per le situazioni di bisogni complessi nei Punti unici d'accesso (PUA) all'interno delle diverse articolazioni delle case della comunità (hub e spoke). Il ruolo del Terzo settore e del servizio civile presso le case della comunità, anche in attuazione delle previsioni del DM 77, sarà definito con successiva DGR.

Pertanto in continuità con le predette azioni e coerentemente con gli step previsti dal Piano nazionale FNA 2022-2024 in relazione alla progressiva attuazione dei LEPS di processo, le aziende:

- a) con riferimento alle attività di accoglimento da effettuarsi presso i PUA, adottano modelli di strumenti unitari per la valutazione preliminare in uso condiviso con l'ambito territoriale sociale;

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.1.a	accoglimento nei PUA tramite l'utilizzo di modelli uniformi di strumenti valutativi preliminari in attuazione dei LEPS di	Adozione di apposito strumento unitario per la valutazione preliminare in uso condiviso con	Adozione entro il 31.12.2024	ASFO	Adozione entro il 31.12.2024		
				ASUGI	Adozione entro il 31.12.2024		



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	processo dei percorsi assistenziali integrati	l'ambito territoriale sociale		ASUFC	Adozione entro il 31.12.2024		

b) definiscono, assieme all'ambito territoriale sociale, specifico accordo di programma per il funzionamento dell'équipe integrata secondo la cornice di riferimento di cui al DPCM 3 ottobre 2022, di adozione del Piano FNA 2022-2024.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.1.b	definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione	evidenza di accordo di programma tra aziende sanitarie e ambiti territoriali sociali che definiscano il funzionamento dell'équipe integrata	Accordo entro il 31.12.2024	ASFO	Accordo entro il 31.12.2024		
				ASUGI	Accordo entro il 31.12.2024		
				ASUFC	Accordo entro il 31.12.2024		

## 4.2 Non autosufficienza

La legge 33/2023 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” sottolinea l'importanza dell'integrazione sociosanitaria, rafforzando quanto già previsto dai numerosi atti governativi degli scorsi anni (Piano nazionale di Ripresa e Resilienza, DM 77/22, il Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-23 e il Piano della Non Autosufficienza 22-24 ).

Il provvedimento contiene 3 principali deleghe al Governo, per l'adozione di uno o più decreti legislativi da approvare entro il 31 gennaio 2024, riguardanti:

- la materia dell'invecchiamento attivo, della promozione dell'inclusione sociale e della prevenzione della fragilità;
- la materia dell'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti;
- le politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane, anche non autosufficienti.

Si prevede, anche attraverso i decreti delegati attuativi:

- l'introduzione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente;
- la definizione del sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA);
- l'effettuazione, in una sede unica, mediante i “punti unici di accesso” (PUA), di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un “progetto assistenziale individualizzato” (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana;
- la definizione di una specifica governance nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, con il compito di coordinare gli interventi;
- la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale;
- la promozione di nuove forme di coabitazione solidale per le persone anziane e di coabitazione tra le generazioni, anche nell'ambito di case-famiglia e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari e ai prestatori di servizi sanitari, sociali e sociosanitari integrativi;
- la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD);

- il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure
- palliative domiciliari e presso hospice;
- la previsione d'interventi a favore dei caregiver familiari.

Le tematiche esposte, al di là di introdurre i LEPS per la parte sociale, evidenziano l'imprescindibilità dell'integrazione sociosanitaria quale fattore funzionale e strategico per una risposta efficace e adeguata alla complessità e multidimensionalità della non autosufficienza e della grave disabilità.

In attesa dei decreti governativi e tenuto conto di quanto già espresso nel paragrafo precedente, si rammenta che con riferimento agli interventi per le persone con gravissima disabilità, di cui al Piano Non Autosufficienza 2022-2024, le Aziende sanitarie, in continuità con le attività già previste nel 2023, 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, per tipologia di disabilità misurata secondo le scale di cui all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016, indicando altresì se le stesse siano o meno beneficiarie di uno dei fondi regionali a sostegno della domiciliarità (FAP, Fondo SLA, Fondo gravissimi).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	
4.2.a	Assicurare il corretto utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima.	% di persone prese in carico per le quali sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	100%	ASFO	100%		
				ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		

### 4.3 Anziani

Considerato che da alcuni anni nelle Linee di gestione vengono individuati come obiettivi sia l'attività di sorveglianza attiva rivolta alla popolazione anziana a rischio di fragilità, denominata PRISMA 7, sia l'attività di monitoraggio della qualità all'interno delle Residenze per anziani, attraverso la realizzazione di visite di audit, si ritiene che tali azioni strategiche possano considerarsi ormai attività consolidate e pertanto dovranno proseguire nelle modalità precedenti garantendo la trasmissione dei relativi dati nell'ambito dei flussi informativi.

Nel 2023 la Regione assieme alle Aziende sanitarie e ai Servizi sociali dei Comuni degli Ambiti di Trieste, Livenza- Cansiglio-Cavallo e Friuli Centrale hanno avviato i tavoli di coprogrammazione per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria che porteranno alla definizione di interventi e servizi a favore delle persone con demenza nei rispettivi territori pilota.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	
4.3.a	Sviluppare i percorsi di amministrazione condivisa volta alla sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Nei territori pilota Adozione di determina a conclusione della procedura di coprogettazione avviata con i soggetti del Terzo Settore attuatori dei servizi/interventi volti a soddisfare i bisogni rilevati nella fase di coprogrammazione (DGR 1964/2021).	Entro il 31.12.'24	ASFO	Entro il 31.12.24		
				ASUGI	Entro il 31.12.24		
				ASUFC	Entro il 31.12.24		

## 4.4 Disabilità

La legge regionale 14 novembre 2022, n. 16 “*Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia*” ha ridisegnato il complessivo assetto organizzativo delle competenze in materia di disabilità, per cui dal 1° gennaio 2024 la titolarità dei servizi e degli interventi, in quanto riconducibili ai livelli essenziali di assistenza (LEA), di tipo residenziale, semiresidenziale e finalizzati all’inserimento lavorativo, sono stati ricondotti nel novero delle competenze delle Aziende sanitarie.

L’art. 17 della legge, al comma 2, prevede che le ASS e la Conferenza dei Sindaci adottino specifico atto di intesa che identifichi le modalità attuative relative al passaggio di competenze che deve concludersi entro ulteriori 12 mesi.

Ciò significa che il riordino del sistema sarà a regime a decorrere dal 2025, mentre il 2024, fermo restando il finanziamento a garanzia dei LEA alle ASS da parte della Regione, si caratterizzerà come un anno di transizione, nel quale le ASS, in relazione alle nuove competenze sul sistema disabilità, sono chiamate a:

1. Adottare la nuova configurazione dei servizi con il conseguente adeguamento degli atti aziendali, nel rispetto degli indirizzi forniti dalla DGR 1690/2023;

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.4.a	adeguamento degli atti aziendali nel rispetto degli indirizzi forniti dalla DGR 1690/2023	Evidenza dell’adozione della modifica dell’atto aziendale contenente la costituzione di apposita struttura organizzativa dedicata alla disabilità, secondo gli indirizzi di cui alla DGR 1690/2023	Entro il 31.12.2024	ASFO	Entro il 31.12.2024		
				ASUGI	Entro il 31.12.2024		
				ASUFC	Entro il 31.12.2024		

2. Garantire la continuità degli interventi a favore delle persone con disabilità, con modalità di affidamento dei servizi agli Enti gestori esistenti, attraverso appositi atti, nel rispetto delle indicazioni operative di cui alla DGR 1691/2023, nonchè garantire l’utilizzo del finanziamento relativo al Fondo sociosanitario per la disabilità, come da indirizzi di programmazione regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.4.b	affidamento della gestione dei servizi agli Enti gestori esistenti e assegnazione delle risorse del Fondo sociosanitario agli Enti gestori esistenti secondo gli indirizzi di programmazione regionali	formalizzazione di appositi atti contenenti le modalità di affidamento dei servizi e di assegnazione delle risorse, nel rispetto delle indicazioni operative di cui alla DGR 1691/2023	Entro il 30.06.2024				

Le attività aziendali riferite agli obiettivi di cui al paragrafo 3.3 delle precedenti linee di gestione 2023, vanno intese come attività consolidate da garantire sul territorio regionale, con particolare riferimento alla valutazione multidimensionale (Q-VAD) e alle sperimentazioni (art. 20 *bis ex* LR 41/96).

## 4.5 Minori

La tematica minorile rappresenta un nodo centrale per i servizi sociosanitari in quanto il numero delle prese in carico dei minori aumenta costantemente e presenta complessità crescenti, che si manifestano sempre di più precocemente.

In ragione di ciò si rileva la necessità di prevedere interventi e servizi dedicati e flessibili che rispondano in maniera appropriata, pertinente ed efficace alle diverse multiproblematicità.

Rimane ancora aperto il tema della mancanza di servizi residenziali a valenza terapeutica nella nostra Regione e questo determina il collocamento dei minori in altre Regioni.

Considerate le indicazioni nazionali presenti nei diversi piani di programmazione (Piano nazionale politiche per la famiglia, V° piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano nazionale interventi sociali con particolare riferimento al child –guarantee), il funzionamento di equipe multiprofessionali ed interistituzionali rappresenta l’anello centrale in grado di garantire una presa in carico integrata tra i diversi servizi, sviluppando anche azioni di prevenzione dell’allontanamento familiare (Programma nazionale cd “ P.I.P.P.I”).

Pertanto anche per l’anno 2024 tutte le Aziende sanitarie e i Servizi sociali dei Comuni, nell’ambito delle U.V.M, per le situazioni di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali, proseguono l’applicazione delle Linee guida regionali di cui alla DGR n. 273/2020, anche tenuto conto del processo di autorizzazione e accreditamento delle strutture stesse che è stato avviato nel 2023.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.5.a	Garantire un progetto personalizzato ai minori con bisogni complessi che necessitano di un inserimento in comunità, definito dall’equipe multiprofessionali integrate	% di progetti personalizzati elaborati dalle equipe integrate per l’inserimento in comunità di minori con bisogni complessi	100%	ASFO	100%		
				ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		
4.5.b		% di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell’equipe multiprofessionali integrate nell’anno	50%	ASFO	50%		
				ASUGI	50%		
				ASUFC	50%		

## 4.6 Salute mentale e dipendenze

Per quanto attiene la salute mentale proseguiranno le attività del Tavolo Tecnico Regionale costituitosi nel 2018, relativo alla metodologia del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con Budget di Salute che manterrà il compito di sintesi documentale, anche al fine dell’individuazione di requisiti qualitativi di programmi e strumenti di abilitazione, condivisi tra servizi sanitari, sociali, altre agenzie pubbliche, enti del terzo settore e stakeholders. In tal senso si realizzeranno attività di miglioramento della progettazione personalizzata degli interventi rivolti alle persone con bisogni complessi, anche prevedendo il coinvolgimento delle persone con esperienza, e di valutazione degli esiti, in coordinamento con l’area delle dipendenze.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.6.a	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l’attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico	% di progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point pSM entro 30 giorni dalla presa in carico	100%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		
4.6.b		N° di attività di verifica o aggiornamento dei progetti personalizzati già attivati e	>=3	ASFO	>=1		
				ASUGI	>=1		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.6.c	riabilitativo.	inseriti nel sistema informativo Point pSM	>=30	ASUFC	>=1		
		N° di progetti personalizzati nella cui realizzazione sono state coinvolte persone con esperienza (peer support workers)		ASFO	>=10		
				ASUGI	>=10		
				ASUFC	>=10		

Nell'area delle dipendenze, il miglioramento della progettazione personalizzata degli interventi, entro il quadro tracciato dalle linee guida sulla presa in carico adottate con deliberazione della Giunta regionale n. 1435/2020 e secondo il modello approvato con DGR 481/2023, impegnerà i Servizi sul versante dell'acquisizione dei Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) nel sistema informativo GeDi, ad avvenuto rilascio dell'apposita funzionalità cui si è lavorato nel corso del 2023.

Per favorire la condivisione degli strumenti, uniformare le pratiche di presa in carico e riqualificare l'offerta regionale dei servizi con integrazione fra le diverse componenti pubbliche e private che la compongono, si punterà alla progressiva riorganizzazione dei tavoli tecnici regionali delle dipendenze in Comunità di pratiche, nel cui ambito maturare le trasformazioni di processo necessarie al raggiungimento degli obiettivi assunti.

Sul versante dell'integrazione fra le diverse componenti e nell'ambito delle previsioni dell'articolo 39, c. 1bis, della legge regionale 22/2019, la Regione punta anche all'estensione del sistema informativo GeDi alle Comunità terapeutiche, con funzionalità dedicate alla registrazione dei dati relativi al percorso terapeutico in comunità

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.6.d	Miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	% inserimento dei Progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) relativi alle nuove prese in carico di persone con bisogni complessi nel sistema informativo GeDi, ad avvenuto rilascio della funzionalità dedicata	100%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		
		N. di chiusure del percorso in Comunità terapeutica con applicazione della procedura condivisa fra Servizi e Comunità terapeutiche della regione, per favorire l'inserimento/reinserimento sociale della persona	100%	ASFO	100%		
				ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		

La Regione partecipa al Progetto nazionale CCM 2022 "Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" nell'area delle dipendenze e della salute mentale, finanziato dal Ministero della salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, al quale hanno già aderito le Aziende sanitarie in qualità di centri coinvolti nello studio previsto e alle altre attività già programmate e da realizzare nel 2024. Pertanto le aziende collaboreranno alla realizzazione dell'attività regionale di formazione-intervento e assicureranno le attività di raccolta e inserimento dati nella piattaforma nazionale messa a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.6.e			100%	ASFO 100%		Coordinamento

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Qualificare le modalità di applicazione dello strumento del budget di salute, concorrere al suo consolidamento e valutarne gli esiti	% dei dati inseriti nella piattaforma messa a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità		ASUGI	100%		attività progettuali regionali
				ASUFC	100%		
		N° di operatori che partecipano al percorso di formazione intervento	>=70	ASFO	>=20		
				ASUGI	>=20		
				ASUFC	>=30		

#### 4.7 Consulori familiari - attività sociosanitaria –

I Consulori familiari, in collaborazione con i SSC, proseguono nelle attività previste dal Fondo politiche per la famiglia 2021 e 2022, focalizzandosi in particolare sulla presa in carico di famiglie vulnerabili e sui preadolescenti e adolescenti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.7.a	Potenziamento delle attività consultoriali nell'ambito delle competenze sociali (DGR 1685/2021 e DGR 2045/2022).	Presentazione di una relazione di monitoraggio sugli interventi realizzati a valere sul Fondo Nazionale Famiglia	Entro 31.09.24	ASFO	Entro 31.09.24		
				ASUGI	Entro 31.09.24		
				ASUFC	Entro 31.09.24		

## 5. ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA

In continuità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2024 le Aziende continueranno a promuovere azioni volte 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). Gli Enti perseguiranno, altresì, ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella degli acquisti diretti (ospedaliera, diretta e DPC).

### 5.1 Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici

Nelle more di una revisione a livello nazionale dei tetti di spesa per la farmaceutica, rimangono confermati e vigenti i tetti di spesa di cui alla Legge di Bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021, n. 234 - *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024* - all'art. 1, comma 281 e seguenti) che a decorrere dall'anno 2024 fissa il valore complessivo della spesa farmaceutica nel 15,30 per cento, ferma rimanendo la quota del 7 per cento per la spesa farmaceutica convenzionata.

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

Analogamente, anche per l'acquisto dei dispositivi medici rimane confermato e vigente il tetto di spesa per il 2024 secondo quanto previsto dalla normativa nazionale.

## 5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale

Per il 2024 si confermano gli indicatori di appropriatezza già presenti nel 2022 e 2023 tratti dal Rapporto “Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018” redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa e dal rapporto OSMED di AIFA, rispettivamente in tema di percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi e aderenza terapeutica al trattamento con farmaci antidiabetici.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.2.a	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi per azienda di residenza secondo target S. Anna	% abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	% abbandono < classi target S. Anna anno 2022	ASFO	<= 21,50 (valore 2022 21,64)		Monitoraggio semestrale
				ASUFC	<= 20,50 (valore 2022 20,57)		
				ASUGI	<= 23,50 (valore 2022 23,48)		
				BURLO	-		
				CRO	-		
5.2.b	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	-Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2022: alta aderenza ≥ 36,3%, bassa aderenza ≤ 22,8%.)	% alta aderenza > 36,3% o mantenimento valore aziendale 2022	ASFO	>= 36,3% (valore 2022 31,37)	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggi o semestrale
				ASUFC	>= 36,81% (valore 2022 36,81)		
				ASUGI	>= 42,92% (valore 2022 42,92)		
				BURLO	-		
				CRO	-		
5.2.c	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2022: alta aderenza ≥ 36,3%, bassa aderenza ≤ 22,8%.)	% bassa aderenza < 22,8% o mantenimento valore aziendale 2022	ASFO	<= 22,8% (valore 2022 25,16)		
				ASUFC	<= 18,03% (valore 2022 18,03)		
				ASUGI	<= 20,73% (valore 2022 20,73)		
				BURLO	-		
				CRO	-		

## 5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Le Aziende continuano a promuoverne l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) con conseguente mantenimento di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale precedenti. Saranno rilevati i seguenti indicatori:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.a	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria.	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	> 90%	ASFO	> 90%		Monitoraggio semestrale
				ASUFC	> 90%		
				ASUGI	> 90%		
				BURLO	> 90%		
				CRO	> 90%		



cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.b	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, pari al 95%, per i medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM	>= 95%  (% ≥ 95%: obiettivo raggiunto % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto % < 85%: obiettivo non raggiunto)	ASFO	>= 95% (valore gen-set 2023 93,7)		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	>= 95% (valore gen-set 2023 94,9)		
				ASUGI	>= 95% (valore gen-set 2023 95,6)		
				BURLO	>= 95% (valore gen-set 2023 98,9)		
				CRO	>= 95% (valore gen-set 2023 99,7)		
5.3.c	Riduzione della quota di prescrizioni con iter cartaceo, rispetto all'anno precedente	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo (al netto di registri AIFA o pz extra-regione)	% iter cartaceo 2024 < %iter cartaceo 2023	ASFO	% 2024 <% 2023		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	% 2024 <% 2023		
				ASUGI	% 2024 <% 2023		
				BURLO	% 2024 <% 2023		
				CRO	% 2024 <% 2023		
5.3.d	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 75%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 75%.  Per gli IRCCS la % di PT informatizzati (> 75%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2025	> 75%	ASFO	> 75% (valore gennaio-giugno 2023 78%)	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	> 75% (valore gennaio-giugno 2023 72%)		
				ASUGI	> 75% (valore gennaio-giugno 2023 73%)		
				BURLO	> 75%		
				CRO	> 75%		
5.3.e	Sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2023 >= 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie	ASFO	<50%	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	<50%		
				ASUGI	<50%		
				BURLO	<50%		
				CRO	<50%		

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

Nell'ambito dei LEA gli Enti del SSR provvedono alla:

- distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
- 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 proprie Strutture che le Strutture private accreditate convenzionate con il SSR, privilegiando la distribuzione di molecole il cui rapporto di costo-efficacia risulti vantaggioso nel contesto della cronicità territoriale

In applicazione del nuovo Accordo quadro sulla Distribuzione per conto dei medicinali ratificato con DGR n. 1007/2023 le Aziende assicurano attuazione ai contenuti, massimizzandone l'efficienza e attivando i percorsi



per favorire l'utilizzo dei medicinali con miglior profilo costo -efficacia negli ambiti terapeutici a maggior impatto di spesa, quali ad esempio i farmaci ipoglicemizzanti e antitrombotici.

Al fine di assicurare la disponibilità dei finanziamenti di cui al Capitolo IV dell'Accordo per lo sviluppo delle attività della Farmacia dei Servizi, ARCS, condotte le necessarie procedure istruttorie, assicura l'espletamento delle procedure di acquisto delle strisce reattive per il controllo della glicemia entro e non oltre il 30.06.2024, anche valutando la possibile adesione alla gara CONSIP, per la successiva distribuzione in DPC delle strisce (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023). Per tale attività potrà avvalersi anche della rete diabetologica regionale.

ARCS entro il primo quadrimestre 2024, congiuntamente con le Aziende Sanitarie, sentite le Associazioni di categoria delle farmacie, definisce una proposta di progettualità (partendo dall'area del diabete art.17.5 Accordo), per lo sviluppo della Farmacia dei Servizi da sottoporre al tavolo tecnico della DPC e alla DCS, che ne valuta l'applicabilità e la compatibilità con gli indirizzi e le risorse regionali definendone preventivamente le necessarie modalità quantificate di copertura finanziaria ed economica. Il progetto dovrà indicare in maniera puntuale le attività (partendo dall'area del diabete – art.17.5 Accordo), gli obiettivi, i risultati attesi, gli indicatori, le procedure operative, le verifiche e i controlli, nonché la determinazione dei corrispettivi specifici, i maggiori costi conseguenti e la misura dei costi cessanti negli enti in ragione dell'attività progettata.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.4.a	Espletamento da parte di ARCS delle procedure di acquisto (avvio gara regionale/adesione gara CONSIP) strisce reattive per il controllo della glicemia per la distribuzione in DPC entro e non oltre il 30.06.2024 (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023)*	Espletamento delle procedure di gara (avvio gara regionale/adesione gara CONSIP) entro il 30.06.2024	30.06.2024	ASFO	Riscontri alle richieste di ARCS	Istruttoria e avvio/adesione procedura di gara	Monitoraggio tempistiche
				ASUFC	Riscontri alle richieste di ARCS		
				ASUGI	Riscontri alle richieste di ARCS		
				BURLO	/		
				CRO	/		
5.4.b	ARCS definisce con le AS/ASU e le associazioni di categoria delle farmacie una proposta di progettualità (partendo dall'area del diabete – art.17.5 Accordo) sulla Farmacia dei servizi da presentare al tavolo tecnico della DPC e alla DCS entro il 30.04.2024.	Proposta di progettualità sulla Farmacia dei servizi da presentare al tavolo tecnico della DPC e alla DCS entro il 30.04.2024.	30.06.2024	ASFO	Partecipazione attività	Istruttoria e formulazione	Valutazione proposta e indicazioni su avvio
				ASUFC	Partecipazione attività		
				ASUGI	Partecipazione attività		
				BURLO	/		
				CRO	/		

## 5.5 Farmacovigilanza

Continuano le progettualità di farmacovigilanza finanziate dall'AIFA, già avviate a livello regionale e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali del Centro regionale di FV in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie (DGR 435/2013, 2199/2014, 1365/2015 e Convenzioni 3123/2023 e 3124/2023). Le attività del 2024 si incentreranno sulla sensibilizzazione degli operatori sanitari all'incremento delle segnalazioni per ADR da medicinali innovativi e al miglioramento della qualità dei dati in tutti i casi di ADR con decesso.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.5.a	Incremento del numero di segnalazioni delle Sospette Reazioni Avverse (ADR) da medicinali innovativi (innovatività piena per l'anno 2024 - almeno un mese)	$\frac{S_{RNF24}}{\text{Trattati (2021 - 2024)}} - \frac{S_{RNF23}}{\text{Trattati (2020 - 2023)}} > 0$ $S_{RNF 2024}$ : segnalazioni dell'anno di riferimento Trattati nel periodo: numero di trattati avviati nel periodo di tre anni	Variazione indicatore > 0	ASFO	Variazione indicatore > 0		Monitoraggio semestrale
				ASUFC	Variazione indicatore > 0		
				ASUGI	Variazione indicatore > 0		
				BURLO	Variazione indicatore > 0		
				CRO	Variazione indicatore > 0		
5.5.b	Compilazione in RNF della sottosezione D9 (D.9.2.r.2) con dati di qualità in merito alle segnalazioni con esito decesso, che riportino almeno due delle tre informazioni essenziali (data decesso, causa come indicata dal segnalatore, referto autoptico/relazione clinica)	<i>Segnalazioni con esito decesso con almeno 2 informazioni essenziali/ totale segnalazioni con esito decesso &gt; 90%</i>	> 90 %	ASFO	> 90 %		Monitoraggio semestrale
				ASUFC	> 90 %		
				ASUGI	> 90 %		
				BURLO	> 90 %		
				CRO	> 90 %		

## 5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica e dei dispositivi medici

Al fine di favorire l'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo efficacia, ferma restando l'autonomia prescrittiva del medico, all'interno delle molecole aggiudicatarie di gara aventi le medesime indicazioni rimborsate (es. biosimilari, differenti formulazioni dello stesso farmaco ecc), le Aziende intraprendono iniziative volte ad assicurare il ricorso alle opzioni terapeutiche a minor costo, anche tenendo conto delle ricadute ospedale-territorio. In tutti i casi in cui, in ambito farmaceutico, risulti disponibile l'alternativa a brevetto scaduto, le Aziende provvedono a rafforzare una concreta azione di promozione dell'impiego degli equivalenti/biosimilari evitando ingiustificati effetti mix nelle prescrizioni.

Nel caso in cui, in corso d'anno, si verifichi la perdita della copertura brevettuale ARCS informa tempestivamente le Aziende le quali danno tempestiva comunicazione dei fabbisogni della molecola che ha perso la tutela brevettuale. Una volta disponibile il farmaco equivalente le AS/ASU ne promuovono l'impiego con la massima celerità ai singoli reparti interessati includendo il farmaco equivalente/biosimilare nelle liste di "prescrizione agevolata" (cfr. schedone).

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le Aziende assicurano azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR, nel rispetto del quadro normativo di settore e in accordo con il secondo position paper e l'analisi di sicurezza dei biosimilari dell'AIFA.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.6.a	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risulti disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2024 vs % uso 2023	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2024 > % uso 2023	ASFO	% 2024 > % 2023		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	% 2024 > % 2023		
				ASUGI	% 2024 > % 2023		
				BURLO	% 2024 > % 2023		
				CRO	% 2024 > % 2023		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.6.B	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	Variazione % positiva farmaco a brevetto scaduto vs originatore in due trimestri successivi alla genericazione	ASFO	Δ % >0 trim finale –trim iniziale		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	Δ % >0 trim finale –trim iniziale		
				ASUGI	Δ % >0 trim finale –trim iniziale		
				BURLO	Δ % >0 trim finale –trim iniziale		
				CRO	Δ % >0 trim finale –trim iniziale		

Ulteriori obiettivi in materia di miglioramento dell'appropriatezza e economicità nella gestione della farmaceutica e dei dispositivi medici.

Sempre nell'ottica del recupero dell'efficienza del sistema e avvalendosi anche del sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni (c.d. Bersaglio) sono stati strutturati alcuni indicatori che mirano a valutare, e quindi migliorare, l'efficienza del sistema. In particolare per l'anno 2024 sono stati individuati due ambiti di valutazione relativi all'utilizzo dei beni che rappresentano i principali fattori di costo (farmaci e dispositivi medici). Dall'analisi dei dati utilizzati dai diversi sistemi di valutazione tra cui anche il sistema di valutazione delle performance del Network delle Regione, è emersa la necessità di una revisione critica e l'eventuale adeguamento delle gerarchie dei centri di costo ai fini dei flussi ministeriali della farmaceutica e dei dispositivi medici. A tal fine le Aziende entro febbraio 2024 dovranno rivedere le attuali gerarchie rendendole conformi alle finalità dei flussi ministeriali. ARCS accompagnerà le Aziende nel percorso di revisione al fine di assicurare maggiore omogeneità nei criteri di classificazione.

Oltre che per gli indicatori più sotto rappresentati, verrà avviato un monitoraggio sui seguenti indicatori in previsione di validarli e inserirli nella prossima programmazione annuale:

- Consumo di siringhe per giornata di degenza;
- costo del dispositivo per dimesso: stent vascolari;
- costo del dispositivo per dimesso: valvole cardiache;
- costo del dispositivo per dimesso: pacemaker.

ARCS provvederà a configurare una nuova app sull'applicativo Qlik al fine di fornire un ulteriore strumento di monitoraggio alle aziende.

Di seguito sono rappresentati gli indicatori e i target che costituiscono obiettivo per le aziende nell'anno 2024.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio F10.3.1	Diminuire la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG *	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbimento CND T040) per punto DRG	<=24 € (valore ago '23: 26,08 €)	ASFO	<=20 € (valore ago '23: 19,67)	monitoraggio	
				ASUFC	<=23 € (valore ago '23: 25,55)		
				ASUGI	<=29 € (valore ago '23: 32,38)		
				BURLO	<=21 € (valore ago '23: 21,27)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO	<=21 € (valore ago '23: 21,38)		
Bersaglio F12C.4.1B	Riduzione della spesa per guanti per giornata di degenza*	Spesa per guanti per giornata (CND T01) di degenza	<=2,20 € (valore ago '23: 2,44 €)	ASFO	<=1,96 € (valore ago '23: 1,96)	monitoraggio	
				ASUFC	<=1,98 € (valore ago '23: 1,98)		
				ASUGI	<=2,50 € (valore ago '23: 3,41)		
				BURLO	<=2,00 € (valore ago '23: 2,93)		
				CRO	<=2,00 € (valore ago '23: 2,41)		
5.6.c	Riduzione della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo ospedaliero *	costo medicazioni (CND M)/ giornata di degenza	<=5,20 € (valore ago '23: 5,51 €) <i>Nel caso di non raggiungimento, nella relazione illustrativa al Bilancio di Esercizio dovranno essere riportate le motivazioni</i>	ASFO	<=4,4 € (valore ago '23: 4,38)	monitoraggio	
				ASUFC	<=5,00 € (valore ago '23: 5,26)		
				ASUGI	<=5,50 € (valore ago '23: 6,19)		
				BURLO	<=6,00 € (valore ago '23: 6,72)		
				CRO	<=7,50 € (valore ago '23: 8.08)		
5.6.d	Riduzione della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo territoriale**	costo medicazioni (CND M)/ popolazione pesata over 65	<=2,00 € (valore ago '23: 2,16 €) <i>Nel caso di non raggiungimento, nella relazione illustrativa al Bilancio di Esercizio dovranno essere riportate le motivazioni</i>	ASFO	<=2 € (valore ago '23: 1,97)	monitoraggio	
				ASUFC	<=2 € (valore ago '23: 1,99)		
				ASUGI	<=2 € (valore ago '23: 2,53)		
5.6.e	Riduzione della spesa media per protesi d'anca	Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52; 81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72;00.73.Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60)	<788 € (valore 2022: 866,27€)	ASFO	<=850 € (valore 2022 1028,96€)	monitoraggio	
				ASUFC	<=850 € (valore 2022 945.36€)		
				ASUGI	<=650 € (valore 2022 644.79€)		
5.6.f	Riduzione della spesa media per protesi di ginocchio	Costo protesi di ginocchio (dispositivi ortopedici CND P0909)/punti DRG per ricoveri 81.54; 81.55; 00.80; 00.81;00.82; 00.83; 00.84.Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60)	<=1.121 € (valore 2022: 1.266,49€)	ASFO	<=1.050 € (valore 2022 1.033,67€)	monitoraggio	
				ASUFC	<=1.150 € (valore 2022 1.386,23)		
				ASUGI	<=1.090 € (valore 2022 1.094,97)		
5.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine	>= 30% (valore ago '23: 22%)	ASFO	>=30,00% (valore ago '23: 16%)	monitoraggio	
				ASUFC	>=30,00% (valore ago '23: 25%)		
				ASUGI	>=30,00% (valore ago '23: 23%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina	>= 70% (valore ago '23: 60%)	ASFO	>=70,00% (valore ago '23: 57%)	monitoraggio	
				ASUFC	>=70,00% (valore ago '23: 60%)		
				ASUGI	>=70,00% (valore ago '23: 64%)		
				BURLO	>=70,00% (valore ago '23: 62%)		
5.6.i	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ADALIMUMAB	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'Adalimumab	>= 86% (valore ago '23: 81%)	ASFO	>=86,00% (valore ago '23: 79%)	monitoraggio	
				ASUFC	>=86,00% (valore ago '23: 78%)		
				ASUGI	>=86,00% (valore ago '23: 86%)		
5.6.l	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ETANERCEPT	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'etanercept	>= 81% (valore ago '23: 72%)	ASFO	>=81,00% (valore ago '23: 72%)	monitoraggio	
				ASUFC	>=81,00% (valore ago '23: 68%)		
				ASUGI	>=81,00% (valore ago '23: 81%)		
5.6.m	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare OMNITROPE (1°graduatore gara farmaci biologici SOMATROPINA) in DPC	% di consumo di farmaco OMNITROPE rispetto al totale consumo farmaci con principio attivo SOMATROPINA in DPC	>= 40% (valore ago '23: 29%)	ASFO	>=40,00% (valore ago '23: 35%)	monitoraggio	
				ASUFC	>=40,00% (valore ago '23: 33%)	monitoraggio	
				ASUGI	>=40,00% (valore ago '23: 25%)	monitoraggio	
Bersaglio D14C	Mantenimento del consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	DDD antibiotici (ATCJ01)/1000 abitant	< 5652 € (valore FVG 2022 4620 )	ASFO	< 5652 (valore 2022 4889 )	monitoraggio	
				ASUFC	< 5652 (valore 2022 4438 )		
				ASUGI	< 5652 (valore 2022 4649 )		

\* Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista". Il costo per consumo ospedaliero è stato calcolato depurando le gerarchie FHSP12 dai consumi attribuiti ai centri di costo ambulatoriali erroneamente associati

\*\* Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 02 "Altra struttura sanitaria", destinazione "04-In assistenza domiciliare, destinazione utilizzo "diretta".

## 5.7 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici

Nel 2022 è stato avviato un tavolo di lavoro sui dispositivi medici finalizzato alla produzione di una reportistica sul monitoraggio della spesa e dei consumi, da diffondere agli Enti del SSR e all'individuazione di opportuni indicatori di appropriatezza. Le attività del tavolo proseguono nel 2024 con incontri mensili secondo un calendario da concordare ad inizio anno.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.7.a	Nel 2024 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 per il monitoraggio della spesa e dei consumi dei dispositivi medici e di indicatori di appropriatezza	<p>Il tavolo di lavoro da continuità alle attività poste in essere nel 2023. Monitora gli indicatori definiti quali obiettivi 2024 per le Aziende, finalizzati a conseguire ricadute economiche/di appropriatezza positive per il SSR, approfondendoli ed implementandoli, se possibile, anche tenuto conto dei risultati conseguiti in attuazione delle Linee per la gestione per il 2023.</p> <p>Il tavolo di lavoro entro trenta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione, definisce il calendario delle riunioni mensili del gruppo e avvia le attività con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. definizione di azioni per il contenimento dei DM annualmente scaduti, da elaborare anche in collaborazione con gli altri Enti, e loro applicazione al fine di ridurre la spesa dei DM scaduti annualmente;</li> <li>2. definizione dei contenuti di un report trimestrale di monitoraggio della spesa e dei consumi di DM a livello regionale e di singolo Ente del SSR;</li> <li>3. resoconto di ogni riunione del tavolo di lavoro.</li> </ol> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARCS trasmette mensilmente alla DCS un resoconto sugli incontri del tavolo di lavoro ;</li> <li>2. ogni tre mesi ARCS trasmette alla DCS e agli Enti del SSR un report sulla spesa e sui consumi regionali e dei singoli Enti del SSR dei dispositivi medici: il primo entro il 30/4/2024 e l'ultimo entro il 15/2/2025;</li> <li>3. entro il 28/2/2025, ARCS trasmette alla DCS e agli Enti del SSR un report di analisi dei costi dei DM scaduti.</li> </ol> <p>L'obiettivo è raggiunto se: costo dei DM scaduti nel 2024 &lt; costo DM scaduti nel 2023 a livello regionale.</p> <p>Questo obiettivo è comune a tutti gli Enti del SSR e a ARCS</p>

## 6. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ

### 6.1 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 2024, 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, superamento della contenzione, controllo del dolore e prevenzione delle lesioni cutanee sono indicati nella tabella che segue.

cod. ob.	Obiettivo	Risultato atteso
6.1.a	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio alla DCS
6.1.b	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e della scheda B secondo le tempistiche richieste dal SIMES
6.1.c	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Compilazione della survey AGENAS secondo le tempistiche indicate

cod. ob.	Obiettivo	Risultato atteso
6.1.d	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio semestrale indicatori AHRQ</li> <li>• Invio dati 2023 sulla violenza su operatore (secondo format ministeriale) entro 15 gennaio</li> </ul>
6.1.e	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condivisione di un percorso di miglioramento sul tema identificato dall'OMS come obiettivo del <i>World Patient Safety Day 2024</i></li> <li>• Inserimento di almeno una buona pratica nella <i>call</i> annuale di AGENAS</li> </ul>
6.1.f	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali
6.1.g	Miglioramento dei programmi di gestione del dolore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione alla campagna formativa</li> <li>• Attuazione della sorveglianza sulla gestione del dolore</li> </ul>
6.1.h	Lotta alle resistenze antibiotiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporto alle azioni per l'implementazione del PNCAR 22-25</li> <li>• Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle RSA e altre LTCF</li> <li>• Report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni, incluse le attività di monitoraggio</li> <li>• Ripetizione della sorveglianza trimestrale di incidenza sulle infezioni del sito chirurgico</li> <li>• Invio semestrale questionario CSIA per la valutazione del consumo di soluzione idroalcolica</li> <li>• Invio semestrale degli indicatori sulla compliance alla profilassi peri-operatori nell'adulto</li> <li>• Punteggio almeno di 6 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni (consumo soluzione idroalcolica, adesione ai 5 momenti OMS per l'igiene delle mani, adesione alla profilassi peri-operatoria, adesione ai <i>bundle</i> per la prevenzione e il controllo delle ICA, compilazione del framework OMS sull'igiene delle mani e sulle attività di IPC)*</li> </ul>
6.1.i	Uso sicuro dei farmaci	Implementazione/mantenimento delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella
6.1.l	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni Regionali
6.1.m	Prevenzione delle cadute accidentali	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali
6.1.n	Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee in ambito pediatrico e per adulti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione dei RAP ai tavoli di lavoro regionali per la predisposizione dei documenti di consenso</li> <li>• Costruzione e formazione della rete dei link professional</li> <li>• Assicurare il monitoraggio delle lesioni cutanee partecipano all'indagine di prevalenza inviando i dati secondo le indicazioni regionali</li> </ul>
6.1.o	Valutazione partecipata dell'umanizzazione per il miglioramento delle cure (AGENAS)	Avvio del programma nelle Aziende Sanitarie aderenti



**\*Matrice**

Tema	Punteggio				Dato di riferimento	Strutture di riferimento
	< 20 L	20<x<25 L	> 25 L			
Consumo di soluzione idroalcolica	< 70%	70-85%	>85%		Dato CSIA degenze	Ospedali
	0	1	2			
Adesione alla corretta igiene delle mani	< 70%	70-85%	>85%		60 osservazioni al semestre per reparto di degenza	AS/ASU: Medicine interne, chirurgie generali, ortopedie, RSA IRCCS: tutti i reparti
	0	1	2			
Adesione alla corretta profilassi	< 70%	70-85%	>85%		30 cartelle x reparto chirurgico x semestre	AS/ASU: chirurgie generali, ortopedie IRCCS: tutte le chirurgie
	0	1	2			
Adesione ai bundle	< 70%	70-85%	>85%		Una scheda del documento regionale al mese (5 osservazioni) per singolo bundle applicabile x reparto (escluso emocoltura)	AS/ASU: Medicine interne, chirurgie generali, ortopedie, RSA IRCCS: tutti i reparti
	0	1	2			
	<b>Inadeguato</b>	<b>Base</b>	<b>Intermedio</b>	<b>Avanzato</b>		
Risultato framework mani	-1	0	1	2		
Risultato framework IPCV	-1	0	1	2		

## 6.2 Acquisizione di beni e servizi

In tema di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi è disposta la seguente linea d'attività:

<b>Enti interessati</b>	Tutti
<b>Ruolo ARCS</b>	Coordinamento e gestione degli acquisti centralizzati
<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso e target</b>
Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa degli Enti del SSR	-La pianificazione degli acquisti centralizzati per il SSR deve essere adottata in base ai fabbisogni rilevati ed ai seguenti indirizzi: aggregazione della domanda comune a più Enti del SSR, valore dell'appalto di rilievo comunitario o entità dei singoli lotti, gestione di beni mediante magazzino centralizzato, importanza strategica di particolari acquisti indipendentemente dal valore degli stessi, complessità della tipologia di procedura da porre in essere, professionalizzazione specifica del personale aziendale di ciascun Ente del SSR, disponibilità di iniziative di altre centrali di committenza nazionali e regionali.



<b>Enti interessati</b>	Tutti
<b>Ruolo ARCS</b>	Coordinamento e gestione degli acquisti centralizzati
<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso e target</b>
	<p>- Entro il 31 ottobre di ogni anno, e per il 2024 entro il 31 gennaio 2024, l'ARCS adotta la pianificazione triennale degli acquisti centralizzati per il SSR, in base ai fabbisogni rappresentati dagli Enti del SSR, ai predetti indirizzi ed ai criteri individuati nell'Accordo.</p> <p>- Gli Enti del SSR, in caso di intervenute modifiche ai fabbisogni rappresentati, possono formulare proposte di integrazione e/o modifica della Pianificazione degli acquisti centralizzati.</p> <p>- L' ARCS, valutate le richieste dagli Enti del SSR, in base ai predetti indirizzi ed ai criteri individuati nell'Accordo, può procedere all' aggiornamento della Pianificazione degli acquisti centralizzati.</p> <p>- L'ARCS svolge le procedure centralizzate dell'anno di riferimento, previa sottoscrizione di apposita convenzione tra le parti.</p> <p>- Espletamento delle procedure relative al settore della diagnostica di Laboratorio già in precedenza espletate da ARCS e i cui contratti sono in scadenza o scaduti nell'intento di assicurare l'efficientamento della spesa degli Enti del SSR in un settore che ha visto un incremento generalizzato dei costi. Risultati attesi: Indizione delle procedure di gara da parte di ARCS, previa convocazione dei Gruppi Tecnici, con il fine di pervenire ad una maggiore standardizzazione della domanda a livello regionale.</p> <p>A tal fine, in relazione a quanto già disposto dalla D.g.r. n. 599 del 31.3.2017 (Lr 17/2014, art 37 - Piano della medicina di laboratorio della Regione Friuli Venezia Giulia: approvazione definitiva)., che prevede il Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio con funzioni, tra le altre, di <i>coordinare le proposte di innovazione e le attività di gara per l'acquisizione di tecnologie e servizi ed individuare i professionisti che collaborano alla scrittura dei capitolati di gara, secondo un mandato concordato e coloro da proporre per le relative commissioni</i>, si ridefinisce con il presente atto composizione e mandato di tale Comitato regionale individuando quali suoi componenti nel numero di un referente regionale per ognuna delle seguenti discipline/aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomia patologica;</li> <li>- Farmacologia clinica;</li> <li>- Genetica medica;</li> <li>- Microbiologia e virologia;</li> <li>- Patologia clinica;</li> <li>- Biologia molecolare;</li> <li>- Medicina Trasfusionale;</li> <li>- Ematologia.</li> </ul> <p>Il comitato è presieduto dal Direttore Centrale salute, politiche sociali e disabilità, o suo delegato, a cui compete la responsabilità della nomina dei componenti come</p>

<b>Enti interessati</b>	Tutti
<b>Ruolo ARCS</b>	Coordinamento e gestione degli acquisti centralizzati
<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso e target</b>
	<p>sopra individuati.</p> <p>Il Comitato al fine di coordinare le attività di gara per l'acquisizione di tecnologie e servizi individua per ogni procedura centralizzata oggetto di Pianificazione da parte di Arcs, un solo responsabile della elaborazione che si può avvalere di competenze tecniche specialistiche con la finalità di omogeneizzare i capitolati di gara su scala regionale.</p> <p>Il Comitato, infine, per ogni procedura di gara centralizzata oggetto di Pianificazione da parte di Arcs, propone i membri delle Commissioni di gara.</p>

### 6.3 Concorsi centralizzati

Nell'ambito delle attività amministrative centralizzate previste dall'art.4 della LR 27/2018 l'ARCS assicura le procedure concorsuali relative a tutti i profili del comparto come di seguito dettagliato.

Inoltre, qualora richiesto dalle Aziende, l'ARCS potrà anche dare seguito all'espletamento di procedure:

- concorsuali aggiuntive o ripetute nel caso di esaurimento delle graduatorie adottate nel corso dell'anno,
- selettive per la copertura di posti a tempo determinato, compatibilmente con le procedure concorsuali in corso.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	RUOLO ARCS	RUOLO DCS
6.3.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sociale	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	ARCS entro il 31.12.2024	Vedi target	
6.1b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2024	Entro il 30.06.2024	ARCS entro il 30.06.2024	Vedi target	
6.3.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario RX	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2024	Entro il 30.06.2024	ARCS entro il 30.06.2024	Vedi target	
6.3.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di laboratorio	Approvazione graduatoria di merito entro 30.6.2024	Entro il 30.06.2024	ARCS entro il 30.06.2024	Vedi target	
6.3.e	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico della prevenzione	Approvazione graduatoria di merito entro 30.6.2024	Entro il 30.06.2024	ARCS entro il 30.06.2024	Vedi target	
6.3.f	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Logopedista	Approvazione graduatoria di merito entro 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	ARCS entro il 31.12.2024	Vedi target	
6.3.g	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sanitaria	Approvazione graduatoria di merito entro 30.6.2024	Entro il 30.06.2024	ARCS entro il 30.06.2024	Vedi target	
6.3.h	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Operatore sociosanitario	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	ARCS entro il 31.12.2024	Vedi target	
6.3.i	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Collaboratore amministrativo	Approvazione graduatoria di merito entro 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	ARCS entro il 31.12.2024	Vedi target	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	RUOLO ARCS	RUOLO DCS	
6.3.1	Definizione di regole organizzative e gestionali condivise tra ARCS e Aziende del SSR sulle procedure dei concorsi centralizzati per la ricerca di personale per il SSR	Sottoscrizione entro il 31.12.2024 di un accordo attuativo con la definizione, obiettivi, ruoli e responsabilità	Entro il 31.12.2024	ASFO	entro il 31.12.2024	Vedi target	
				ASUF C	entro il 31.12.2024		
				ASUG I	entro il 31.12.2024		
				BURLO	entro il 31.12.2024		
				CRO	entro il 31.12.2024		
				ARCS	entro il 31.12.2024		

#### 6.4 Attività di coordinamento in ambito assicurativo

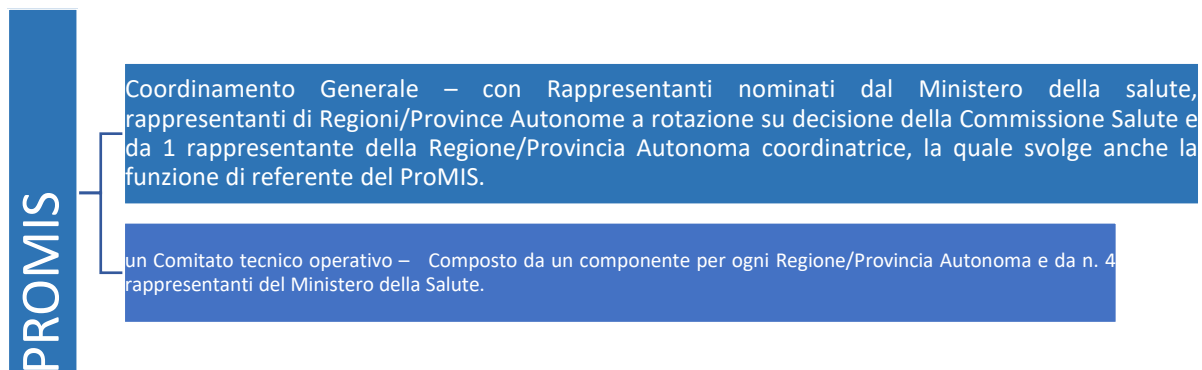
Nell'ambito della gestione assicurativa centralizzata della polizza rct/o degli Enti del S.S.R., i sinistri relativi allo smarrimento/danneggiamento degli effetti personali dei pazienti, in particolare protesi dentali e acustiche, rappresenta circa il 18% delle richieste di risarcimento. Pertanto, si ritiene che l'adozione di un protocollo unico e condiviso da parte delle Aziende, in ordine alla presa in carico dei beni dei pazienti e alla custodia dei medesimi, possa essere importante per la riduzione di tale fattispecie di sinistri e delle relative liquidazioni.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	RUOLO ARCS	RUOLO DCS
6.4.a	Prevenzione del rischio legato allo smarrimento /danneggiamento degli effetti personali dei pazienti.	Predisposizione/ adozione di un protocollo condiviso e unico sulla gestione degli effetti personali di proprietà del paziente.	predisposizione del protocollo condiviso e unico entro il 31.10.2024	ARCS	Predisposizione entro il 31.10.2024	Vedi target
6.4.b			adozione del protocollo condiviso e unico entro il 30.11.2024	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Adozione entro il 30.11.2024	Coordinamento attività

## 6.5 Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS)

La Regione FVG intende impegnarsi nel processo di internazionalizzazione del sistema salute regionale, rafforzando l'attività nell'ambito del **Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS)**, struttura permanente a supporto delle Regioni e delle Province Autonome in tale ambito.

L'organizzazione del ProMIS prevede:



Tale composizione consente una proficua collaborazione tra i livelli regionali e quello nazionale nonché una significativa condivisione di obiettivi programmatici. Obiettivo è contribuire alla crescita della salute come sistema in ottica internazionale ed europea, rafforzando le competenze dei portatori di interesse attraverso scambi di approcci, esperienze e modelli regionali, nazionali ed europei, e lo sviluppo di iniziative di livello europeo.

Da ciò nasce l'esigenza di creare, anche all'interno della Regione FVG, una rete collaborativa con l'individuazione di referenti nelle singole Aziende sanitarie e Ircss al fine di:

- costituire una presenza costante e qualificata dell'Italia e delle sue Regioni/PPAA nelle sedi europee e internazionali;
- garantire una adeguata partecipazione ai processi di formazione e di implementazione delle politiche comunitarie in considerazione del fatto che lo sviluppo dei Sistemi sanitari dipende sempre di più dalla capacità di saper rispondere alle nuove sfide europee;
- inserire l'esperienza del Sistema Sanitario Regionale nell'ambito del più ampio contesto europeo, per contribuire sia alla fase ascendente che discendente del processo decisionale;
- incrementare l'efficienza gestionale e migliorare la qualità dei servizi grazie al confronto internazionale;
- promuovere la partecipazione qualificata dell'Italia ai finanziamenti e ai progetti europei e delle Agenzie internazionali.

In particolare, sarà compito del referente aziendale garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro, il coordinamento con le diverse strutture operative aziendali, anche attraverso l'organizzazione di incontri dedicati, la diffusione delle iniziative formative Promis e contribuire alla redazione documentale in relazione alle eventuali progettualità.

Rafforzamento della rete PROMIS in Regione FVG	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione alla rete PROMIS, attraverso un proprio referente aziendale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCSS entro il 31.03.2024.</li> <li>• Diffusione delle informazioni e coinvolgimento dei diversi professionisti aziendali secondo il tema trattato (n. e tipologia di partecipazioni a gruppi di lavoro)</li> </ul>

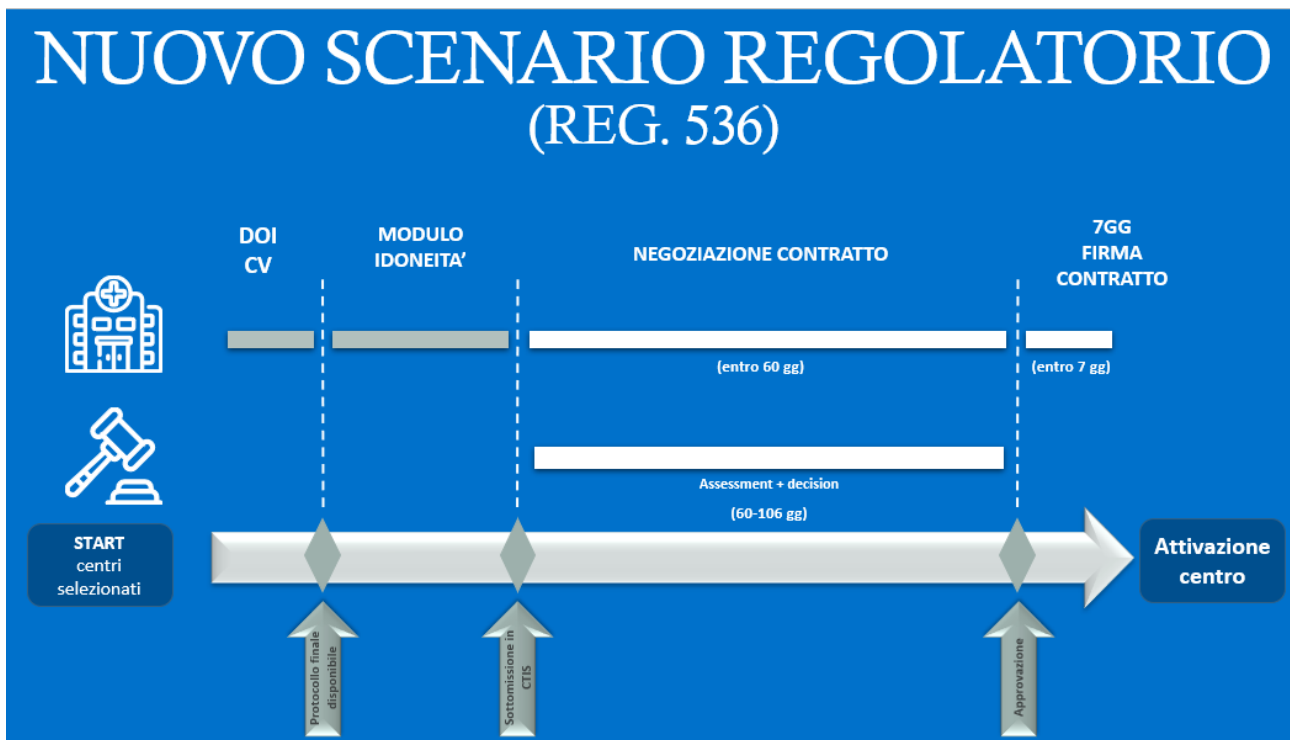
## 6.6 Gestione Ricerca ed innovazione

L'emergenza sanitaria legata all'epidemia da Covid-19 sta imponendo la ricerca e l'innovazione fondamentale pilastro per la salute pubblica e sta affermando il valore della ricerca e dello sviluppo di soluzioni terapeutiche innovative, di percorsi innovativi di assistenza terapeutica e di prevenzione della cronicità.

Inoltre, nei prossimi anni i territori dovranno competere per attrarre enormi investimenti in ricerca e sviluppo che saranno destinati a tecnologie innovative legate alle scienze della vita, con particolare riguardo alla centralità dei dati, alle applicazioni dell'intelligenza artificiale, alla genomica, alla medicina di precisione.

La regione FVG intende impegnarsi nell'individuare e adottare soluzioni organizzative snelle che favoriscano lo sviluppo nelle strutture sociosanitarie regionali della Ricerca e Innovazione per elevare le performance del settore socio-sanitario regionale e che incentivino la collaborazione tra il sistema sanitario, il sistema produttivo e della ricerca, nonché impegnarsi nel programma ProMIS di internazionalizzazione del sistema salute regionale, nel rispetto della normativa che regola la gestione e la privacy dei dati sanitari, un tanto anche in attuazione dell'indirizzo dato dall'articolo 35 della 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).

La Regione inoltre intende definire un modello organizzativo uniforme tra gli enti del SSR per la gestione e la valorizzazione della ricerca in ambito farmaceutico, con particolare riferimento agli Studi Clinici di Fase I, Fase II e Fase III, per poter rispondere in modo efficiente ed efficace alle proposte del mercato e aumentare l'attrattività di investimenti privati, anche internazionali, considerando anche che il nuovo Regolamento Europeo (Regolamento (UE) n. 2014/563 del Parlamento Europeo) contiene delle tempistiche definite per l'attivazione degli studi clinici.



**Figura 1 - Procedure per l'autorizzazione e l'attivazione di studi di ricerca clinica secondo il Regolamento UE 536 del 2014**

Tutto questo crea le condizioni favorevoli per lo sviluppo di un Ecosistema della ricerca e dell'innovazione nei settori delle scienze della vita, di cui il sistema socio-sanitario è parte integrante e rappresenta un eccellente volano per incrementare la capacità di attrarre imprese, risorse e talenti in regione.

Da questo nasce l'esigenza di mappare e dimensionare adeguatamente le strutture organizzative aziendali dedicate al coordinamento di progettualità di ricerca e innovazione, per renderle capaci di promuovere internamente la partecipazione a nuove attività e iniziative anche internazionali e di creare una rete di collaborazione tra le Aziende sanitarie e IRCCS al fine di condividere prima, uniformare e snellire poi, i processi di gestione della ricerca, in particolare per sperimentazione clinica e farmacologica, stante il nuovo Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, sotto il coordinamento dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS), in ragione delle proprie funzioni di indirizzo e monitoraggio rese nei confronti di tutti gli altri enti pubblici del Sistema sanitario regionale delle reti di cura, con il supporto dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Enti Interessati	ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO, ARCS
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare attraverso un proprio referente aziendale ad un gruppo di lavoro per la mappatura delle strutture aziendali e del processo autorizzatorio delle attività di ricerca, innovazione e sperimentazione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formalizzazione del referente in ciascuna Azienda sanitaria e IRCCS entro il 29.02.2024</li> <li>Entro il 30.04.2024 presentare ad ARCS un report sulle strutture organizzative e i processi autorizzatori degli studi in ricerca, innovazione e sperimentazione.</li> </ul>

Enti Interessati	ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO, ARCS
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definire e promuovere la partecipazione a un programma di formazione per gli addetti delle Aziende sanitarie e degli IRCCS e altri addetti ai lavori sul nuovo Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entro il 30.04.23 formazione degli addetti ai lavori sul nuovo Regolamento (UE) n. 536 nelle sperimentazioni cliniche.</li> </ul>
Partecipazione ad un gruppo di lavoro per l'ottimizzazione dei modelli organizzativi per la ricerca, l'innovazione e la sperimentazione snello e sostenibile.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entro il 30.06.2024 presentazione ad ARCS di proposte di ottimizzazione dei processi autorizzatori e di gestione di progetti e studi di ricerca, innovazione e sperimentazione presso le Aziende sanitarie e gli IRCCS.</li> </ul>
<b>Ruolo e obiettivo di ARCS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuove e coordina il gruppo di lavoro tra le Aziende sanitarie e IRCCS.</li> <li>Sintetizza e presenta i risultati della mappatura dei processi "as is" delle unità di Ricerca e innovazione alla DCS entro il 31.05.2024.</li> <li>Formalizza alla DCS entro il 28.02.2024, coinvolgendo anche il CEUR, un programma di formazione degli addetti ai lavori sul nuovo Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano</li> <li>Sintetizza e presenta alla DCS una proposta di nuovo modello organizzativo regionale snello e sostenibile per la gestione dei progetti di ricerca, innovazione e sperimentazione clinica entro il 31.07.2024.</li> </ul>

## 6.7 Sistema sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia: attività di comunicazione

Per valorizzare la fondamentale funzione della comunicazione istituzionale, agli operatori del Sistema e alla cittadinanza, Arcs è incaricata di elaborare una proposta di **Piano di comunicazione per il Sistema sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia** da trasmettere alla DCS per la sua approvazione. A conseguita approvazione del Piano la stessa ARCS è incaricata dell'attuazione di tale Piano in via sperimentale nell'anno 2024.

L'attività di sperimentazione in esame è finalizzata a porre in essere una nuova prospettiva relativa al soggetto promotore della comunicazione. In tale prospettiva il principale produttore di messaggi sarà il Sistema Sanitario Regionale nella sua organica complessità.

A tal fine Arcs è tenuta a progettare, sperimentare e coordinare una **Centrale della Comunicazione del Sistema Salute Regionale (CCSSR)**, inglobata nella struttura aziendale dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute e dotata di autonomia decisionale e gestionale, funzionalmente subordinata all'Assessorato e alla Direzione Centrale salute.

La **CCSSR** è incaricata di progettare e gestire le strategie di comunicazione per tutto il Sistema salute regionale, proponendo un'immagine unitaria e coerente di questo verso i due pubblici interessati: quello dei professionisti della salute e quello dei cittadini.

La **CCSSR** è incaricata della definizione delle strategie di comunicazione positiva verso il pubblico interno: i professionisti del Sistema Sanitario Regionale, progettando e realizzando gli strumenti necessari a coinvolgere, motivare e informare.

La **CCSSR** è, altresì, incaricata della progettazione, realizzazione e gestione di quanto necessario in termini di

strategie e strumenti per governare la comunicazione del Sistema Salute Regionale verso i cittadini, sia dal punto di vista dell'informazione generale, sia da quello più strettamente tecnico e legato al consolidamento della cultura della salute.

Enti Interessati	Tutti
Ruolo di ARCS	Progettare, sperimentare e coordinare una Centrale della Comunicazione regionale
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Elaborazione del Piano di comunicazione con definizione dei compiti e ruoli della Centrale della Comunicazione del Sistema Salute Regionale	Trasmissione alla DCS entro il 28/2/2024 da parte di ARCS della proposta di Piano della comunicazione con definizione delle tempistiche, delle linee di collaborazione da parte delle Aziende, dei processi di generazione dei messaggi e regole di gestione degli stessi, comprensivo della definizione degli interlocutori e delle prassi di attività del/dei portavoce incaricati.
Attivazione dell'ufficio stampa e relazioni pubbliche di Arcs.	Elaborazione di un piano operativo delle attività e avvio dell'operatività dell'ufficio stampa e comunicazione, con coinvolgimento del target testate giornalistiche <i>off</i> e <i>online</i> presenti nella Regione FVG, entro il 28/2/2024.
Progettazione esecutiva di un portale di informazione dedicato al Sistema Sanitario della Regione FVG	Definizione delle necessità tecnologiche per la realizzazione del portale di informazione. Definizione della strategia digitale per il posizionamento del portale sui più diffusi portali di ricerca. Definizione delle risorse umane necessarie alla produzione, gestione e controllo dei contenuti necessari a popolare il portale entro il 31/12/2024.

## 6.8 Cambiamenti organizzativi e gestionali degli enti legati a progettualità PNRR inerenti alla digitalizzazione e funzioni di *project management* a supporto

Ai fini di un governo efficace della fase di implementazione dei progetti per l'attuazione del PNRR, e nello specifico di quelli inerenti al rafforzamento delle infrastrutture informatiche e alla digitalizzazione dei processi e dei servizi all'interno delle aziende e dei setting di cura, e ai sensi dell'art. 8, commi 1-4, della legge regionale n. 15/2022, gli Enti del SSR possono avvalersi del supporto di personale con funzioni di *project manager* in staff alle direzioni strategiche o a supporto dei dipartimenti e delle strutture aziendali coinvolti nell'implementazioni di tali progettualità PNRR (quali ad esempio quelle riguardanti la digitalizzazione) nonché laddove sia reputata necessaria una riorganizzazione degli assetti e dei processi aziendali per cui si ritenga opportuno e utile l'ausilio della figura del *project manager*. L'incarico di *project manager* può essere conferito, nel rispetto del tetto di spesa aziendale per il personale annualmente assegnato e fermo restando quanto previsto dagli articoli 7, commi 5 *bis* e 6, e 36 del d.lgs. n. 165/2001, con inquadramento professionale coerente con quello previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro in relazione alle mansioni assegnate, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato oppure, nel caso in cui l'Ente non disponga al proprio interno di risorse umane in possesso dei requisiti e professionalità necessari allo svolgimento dell'incarico, anche con incarico di lavoro autonomo, e in ogni caso previo espletamento di procedura selettiva pubblica, per titoli e colloquio, riservata a coloro che siano in possesso di un master universitario di secondo livello in management sanitario e dei requisiti necessari, secondo quanto previsto nel bando di selezione che deve essere conforme, in particolare, a quanto disposto, per requisiti ed elementi di contenuto, dall'art. 8, comma 4, della citata legge regionale n. 15/2022.



## 6.9 Attività di negoziazione nella contrattazione integrativa regionale - medici del ruolo unico dell'assistenza primaria: indirizzi

Con la DGR n. 1597 del 28 ottobre 2022 è stato adottato il documento di programmazione regionale per l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei Medici della medicina convenzionata alle forme organizzative multiprofessionali. In tale documento di programmazione è stabilito, in particolare, che con le Linee annuali per la gestione del SSR devono essere indicate le priorità che la Regione pone rispetto alle linee programmatiche e devono essere definite, per quanto di competenza di parte pubblica, con maggiore dettaglio le linee di azione e di organizzazione ed i programmi specifici a livello aziendale.

In attuazione, pertanto, di quanto stabilito con la citata d.g.r. n. 1597/2022 con le presenti Linee per la gestione nonché in accordo e attuazione di quanto previsto dal "Programma regionale dell'assistenza territoriale" con deliberazione di Giunta regionale 2042 del 29 dicembre 2022, si prevedono i seguenti obiettivi da perseguire e attuare da parte alla Delegazione trattante di Parte pubblica nel Comitato regionale di cui all'art. 11 dell'Accordo collettivo nazionale per i rapporti con i medici di medicina generale del 28.04.2022 (ACN):

- prevedere meccanismi per migliorare l'appropriatezza prescrittiva (attuazione della previsione di cui all'art. 45 ACN) per mezzo di una corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche da operarsi nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario contenuti nel Manuale RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel suo testo aggiornato;
- prevedere meccanismi per assicurare che i Medici di medicina generale alimentino l'FSE, in particolare per quanto riguarda l'inserimento e aggiornamento dei Patient Summary – Profili sanitari sintetici (riferimento: articoli 43 e 6 dell'ACN; art. 2, c. 2, d.m. 18 maggio 2022 recante *Integrazione dei dati essenziali che compongono i documenti del Fascicolo sanitario elettronico*) anche ai fini del raggiungimento del traguardo PNRR M6C2 Sub-investimento 1.3.1 (indicatore di monitoraggio IA.2 – Indicatori di Alimentazione del FSE da parte del MMG/PLS dell'Allegato 3 del D.P.C.M. 8 agosto 2022 (Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni» nell'ambito dell'investimento PNRR M6C2 1.3);
- prevedere, ai sensi dell'art. 9, comma 5, dell'ACN meccanismi che valorizzino il grado di integrazione tra i componenti della forma organizzativa multiprofessionale e del distretto;
- definire meccanismi premiali che valorizzino gli incrementi nel livello di partecipazione ai programmi di screening oncologici (cervice uterina, mammella, colon-retto) per ciascuna AFT;
- prevedere strumenti di potenziamento della presa in carico domiciliare, atti a incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio consentendo di raggiungere entro i tempi previsti dal PNRR il valore soglia del 10% degli assistiti 65+, anche garantendo la corretta alimentazione dei flussi informativi SIAD attraverso la corretta compilazione delle informazioni cliniche richieste e la partecipazione alla stesura del PAI/PRI e a tutte le fasi della presa in carico integrata, a partire dalla valutazione multidimensionale.

## 7. SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E PRIVACY

### 7.1 Attuazione del PNRR – Missione 6 “Salute” e Missione 1 “Digitalizzazione”

Gli obiettivi innovativi che intervengono nei sistemi informativi per l’anno 2024 si focalizzano in via prioritaria al raggiungimento di target e milestone previsti dalla Missione 6 “Salute” e per la Missione 1 “Digitalizzazione” del PNRR.

La funzione dei sistemi informativi/informatici supporta le diverse strutture sanitarie, socio sanitarie e amministrative nella gestione delle tecnologie dell’informazione e comunicazione e nella gestione dei progetti di avviamento e di cambiamento organizzativo con la collaborazione di tutte le altre funzioni aziendali interessate al fine di raggiungere i risultati attesi previsti dalla programmazione regionale e dal PNRR.

Obiettivo	Risultato atteso
Missione 6 C1 I1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT).	Avvio del sistema informativo delle COT per l’interconnessione aziendale nelle sedi COT di rispettiva competenza secondo il cronoprogramma che sarà definito entro il <b>31 marzo 2024</b> nel rispetto dei target e milestone del PNRR così come previsti dal Contratto Istituzione di Sviluppo.

\* inserito il rinvio ad un nuovo cronoprogramma in quanto alla data della scrittura degli obiettivi non è ancora formalmente approvata la rimodulazione del PNRR che prevede lo slittamento delle scadenze COT al 31/12/2024.

Obiettivo	Risultato atteso
Missione 6 C1 I1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023.

Obiettivo	Risultato atteso
Missione 6 Componente 2 I1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: “Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata”.	Predisposizione del piano di progetto per l’avvio di tutte le unità operative DEA <b>entro il 30 settembre 2024</b> . Avvio delle “unità operative pilota” per ogni DEA entro <b>l’1 ottobre 2024</b> .
Missione 6 Componente 2 I1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO – Intervento: “Implementazione infrastrutture e attrezzature informatiche” – risorse assegnate agli enti SSR con DEA.	Entro il <b>31 ottobre 2024</b> realizzazione di almeno il 60% delle attività previste.

Obiettivo	Risultato atteso
Missione 6 C2 I1.3.2 4 NUOVI FLUSSI INFORMATIVI NSIS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza riabilitativa;</li> <li>• Consultori;</li> <li>• Ospedali di comunità;</li> <li>• Servizi di assistenza primaria.</li> </ul>	Assicurare la raccolta e l’invio dei nuovi flussi NSIS per l’assistenza riabilitativa (SIAR) e i consultori (SICOF) attraverso gli applicati messi a disposizione con il SISSR nel rispetto delle tempistiche previste dal Ministero della Salute.

Obiettivo	Risultato atteso
Missione 6 C 2 I1.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alimentazione FSE 2.0 da parte delle aziende per la quota parte degli strumenti di proprietà.</li> <li>2. Alimentazione FSE 2.0 per la quota parte del patient summary, corredato di firma digitale, da parte dei MMG/PLS.</li> </ol>	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>80%</b> dei documenti CDA2 nel <b>2° trimestre 2024</b>.</li> <li>2. <b>30%</b> dei MMG/PLS alimentano il PS nel <b>2° trimestre 2024</b>.</li> </ol>

Obiettivo	Risultato atteso
Dismissione applicativi mainframe e rinnovo applicativi SISR.	Garantire l'avviamento, in termini di supporto al cambiamento organizzativo e di supporto tecnologico, dei nuovi applicativi informatici in sostituzione degli applicativi basati su mainframe e di cui è previsto un rinnovo secondo il cronoprogramma che sarà definito entro il <b>31 marzo 2024</b> .

Obiettivo	Risultato atteso
PNRR Missione 1 C2 I3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Contribuire per la parte di rispettiva competenza al raggiungimento dei target previsti dal piano di migrazione dei collegamenti dati per le sedi previste dal PIANO SANITÀ CONNESSA.

Obiettivo	Risultato atteso
PNRR Missione 1 C1 I1.5 -CYBERSECURITY.	Contribuire per la parte di rispettiva competenza al raggiungimento dei target previsti dai progetti approvati dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia finanziati con la Missione 1 del PNRR.
Costituzione gruppo regionale cybersicurezza sanità.	Partecipazione ad almeno 80% degli incontri previsti dal gruppo regionale cybersicurezza.

## 7.2 Privacy

Proseguono anche per l'anno 2024 le attività di supporto per l'attuazione del Regolamento UE 679/2016 e delle norme collegate negli enti del SSR che condividono lo stesso sistema informativo sanitario regionale.

Obiettivo	Risultato atteso
Convocazione incontri bimestrali (6 all'anno).	Partecipazione ad almeno 5 incontri su 6 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.

## 7.3 PACS

Obiettivo	Risultato atteso
Preparazione di quanto necessario all'attivazione del nuovo sistema PACS regionale per il periodo post 2024	Le aziende garantiscono entro febbraio 2024 le condizioni di disponibilità dei requisiti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali necessari all'avvio del nuovo sistema PACS per il periodo post 2024. ARCS, con la collaborazione di Insiel e della DCS, individuerà la soluzione migliore per la piena disponibilità e operatività dell'infrastruttura di contesto, comprensiva della connettività e delle integrazioni con soluzioni standard con la piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri per l'attivazione del nuovo sistema PACS per il periodo post 2024. ARCS predispone il capitolato tecnico di gara entro il 31.03.2024 e indice la gara entro il 30.06.2024.

## 8. FLUSSI INFORMATIVI

La corretta alimentazione dei flussi informativi è un elemento essenziale ed imprescindibile per il monitoraggio e la valutazione del sistema del SSR. È impegno e responsabilità degli Enti assicurare la

tempestiva e corretta alimentazione dei gestionali in uso per consentire a tutti i livelli di governance di disporre degli elementi di valutazione nonché di rispettare i debiti informativi ministeriali, sulla base dei quali le istituzioni esterne al sistema regionale valutano le performance del SSR e l'aderenza alle disposizioni normative.

A tal fine la DCS, anche attraverso il supporto tecnico di ARCS, provvederà ad effettuare una ricognizione dei debiti informativi che le Aziende hanno nei confronti della Regione anche in funzione degli obblighi informativi nei confronti del Ministero.

## 9. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

### 9.1 Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali

Il vincolo di spesa del personale del SSR per l'anno 2024 è stato determinato sulla base delle proiezioni derivanti dalla manovra 2023 e dei fabbisogni 2024 rappresentati dagli Enti, agli atti della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Il predetto vincolo comprende, altresì, le seguenti voci che rappresentano costi consolidati e già certificati:

- rinnovi contrattuali post 2004 e fino al 2009;
- rinnovo trienni 2016-2018 e 2019-2021 CCNL comparto;
- rinnovo triennio 2016-2018 CCNL dirigenza sanità;
- rinnovo triennio 2016-2018 CCNL dirigenza funzioni locali;
- incremento indennità di esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407;
- incremento fondi art.1 c. 435 L. 205/2017 per la parte consolidata.

Ulteriori esclusioni potranno essere definite in corso d'anno a seguito di specifici finanziamenti e/o interventi normativi.

La tabella che segue riporta il vincolo di spesa per il personale del SSR assegnato a ciascun Ente del SSR per l'anno 2024.

ENTE	VINCOLO DI SPESA 2024	di cui fabbisogno base (stabilito sulla spesa 2023)	di cui maggior fabbisogno indicato dagli Enti per il 2024
ARCS	13.452.125,40 €	11.893.450,93 €	1.558.674,47 €
ASFO	202.680.115,83 €	200.533.922,94 €	2.146.192,89 €
ASUFC	493.589.119,61 €	480.252.325,89 €	13.336.793,72 €
ASUGI	341.398.879,72 €	336.847.865,35 €	4.551.014,37 €
BURLO	44.581.473,89 €	42.749.410,30 €	1.832.063,59 €
CRO	44.222.635,14 €	40.218.111,78 €	4.004.523,36 €
<b>TOTALE</b>	<b>1.139.924.349,59 €</b>	<b>1.112.495.087,19 €</b>	<b>27.429.262,40 €</b>

La rappresentazione dei costi del personale da parte degli Enti del SSR dovrà riportare:

- il costo complessivo del fabbisogno di personale;
- i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2024.

Si ricorda, in ogni caso, che nella determinazione del fabbisogno di personale e della predisposizione del conseguente piano assunzionale, gli Enti del SSR devono rispettare il parametro di spesa complessivamente determinato a livello regionale.

Nell'ottica di assicurare i LEA e/o il funzionamento dei servizi aziendali, in corso d'anno potranno essere effettuate eventuali manovre compensative nel rispetto dell'invarianza del valore di vincolo di spesa

complessivo regionale, anche alla luce degli esiti dei report infrannuali.

Il rispetto del vincolo finanziario assegnato deve essere certificato dal Collegio sindacale di ciascun Ente del SSR.

Qualora dalla proiezione dei costi di personale rappresentati nei report infrannuali esitasse il mancato rispetto del vincolo di spesa assegnato, è rimessa alla piena responsabilità e autonomia di ciascun direttore generale la valutazione in ordine alla prosecuzione della realizzazione della manovra assunzionale.

### **9.1.1 Personale amministrativo**

Nella predisposizione della manovra per l'anno 2024, gli Enti SSR, ad eccezione di ARCS, sono tenuti a rispettare il rapporto percentuale tra il numero del personale dipendente del ruolo amministrativo ed il numero complessivo del personale dipendente alla data del 31.12.2023.

Eventuali deroghe sono ammesse in caso di sostituzione di rapporti di lavoro somministrato con rapporti di lavoro subordinato.

### **9.1.2 Trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende**

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 vincolo 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.

### **9.1.3 Esternalizzazione di servizi**

In conformità a quanto previsto dall'art. 6-bis del D.Lgs. n. 165/2001 in merito ai processi di esternalizzazione, le aziende interessate sono tenute al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale. Al ricorrere di tale fattispecie, gli enti dovranno produrre i verbali del Collegio Sindacale da cui emerga l'evidenza dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di personale.

### **9.1.4 Reinternalizzazione di servizi**

Nel caso si verifichino processi di "reinternalizzazione" dei servizi, il limite di costo del personale potrà essere incrementato nella misura corrispondente alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati. Al riguardo l'Azienda dovrà dare evidenza dei relativi costi al fine di consentire l'adeguamento del vincolo di spesa di personale.

## **9.2 Fondi contrattuali e politiche retributive**

Si confermano le indicazioni fornite in merito alla costituzione dei fondi contrattuali che vanno certificati dal Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.40-bis, comma 1 del D. Lgs.165/2001, ed al fatto che l'acquisizione di personale a seguito di mobilità volontaria non comporta il trasferimento dei fondi contrattuali del personale trasferito.

A seguito del principio espresso dalla sentenza della Corte Costituzionale n.124 del 26 maggio 2023, al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio, le aziende e gli enti del SSR sono autorizzati a rideterminare i fondi contrattuali delle aree del comparto e della dirigenza compatibilmente con il rispetto del vincolo di spesa complessivo per il personale assegnato e dell'equilibrio di bilancio del SSR.

Per la finalità sopra esposta è destinata la somma complessiva di € 31.791.239,63, al lordo degli oneri carico

ente, da ripartire tra i fondi contrattuali secondo la quantificazione contenuta di seguito.

ENTE	DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA P.T.A.	COMPARTO	ONERI 36,68%	TOTALE
ASUGI	4.384.204,36	167.011,38	1.901.946,67	2.367.019,97	8.820.182,38
ASUFC	-	-	8.117.947,93	2.977.663,30	11.095.611,23
ASFO	1.591.696,48	191.473,92	3.553.094,77	1.957.342,06	7.293.607,23
BURLO	581.716,62	219.246,93	188.209,73	362.828,76	1.352.002,04
CRO	798.891,31	162.999,79	1.001.583,36	720.202,43	2.683.676,89
ARCS	103.946,23	150.855,21	144.788,74	146.569,68	546.159,86
TOTALE	7.460.455,00	891.587,23	14.907.571,20	8.531.626,20	31.791.239,63

La distribuzione degli importi innanzi indicati tra i fondi contrattuali delle varie aree negoziali verrà effettuata dagli Enti SSR nell'esercizio della propria autonomia organizzativa.

A seguito dell'attivazione di nuove funzioni/attività e/o nel caso di incremento della dotazione organica, dall'anno 2024 le aziende e gli enti del SSR dovranno fare riferimento ai valori medi regionali, al netto degli oneri carico ente pari al 36,68%, riportati nella tabella che segue, per il correlato incremento pro capite dei fondi contrattuali

DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA P.T.A.	COMPARTO
€ 24.256,28	€ 27.801,55	€ 6.856,55

### 9.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2024-2026

In conformità al decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, n. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" nella redazione del "Piano triennale dei fabbisogni del personale", gli enti dovranno rappresentare:

- a) la consistenza di personale al 31.12.2023, suddivisa per categorie, ruoli e profili, con evidenza separata per il personale universitario e della ricerca;
- b) la programmazione delle risorse umane 2024 tenendo conto:
  - della capacità assunzionale in riferimento al vincolo di spesa assegnato;
  - della stima del trend delle cessazioni note e presunte;
  - delle azioni di riorganizzazione che impattano sull'impiego di personale;
  - dei percorsi di riqualificazione del personale e dei passaggi all'interno della medesima area tra profili diversi;
  - della possibilità di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di legge;
- c) le strategie e modalità di copertura del fabbisogno.

Nell'ambito del vincolo di spesa assegnato, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l'anno 2024 compilando le apposite tabelle per le quali verranno fornite specifiche indicazioni.

Ricordato che il PTFP 2024-2026 riguarda tutte le tipologie di personale (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro flessibile) indispensabili per l'assolvimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto della programmazione sanitaria e in coerenza con la struttura organizzativa delineata dagli atti aziendali, i Piani dovranno contenere l'indicazione:

- del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato suddiviso per area, ruolo 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 manovra dovrà essere quantificata, dal punto di vista dei costi, in ragione d'anno, indipendentemente dalla data di assunzione o di cessazione nel caso di turn-over al fine di non generare il cd "effetto trascinamento".

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

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute valuterà i PTFP proposti dalle aziende del SSR e trasmetterà alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento dei piani stessi, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio, la proposta di approvazione dei PTFP aziendali. Nei successivi 30 giorni la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà all'approvazione dei predetti Piani.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà ad approvare il PTFP dell'ARCS entro 60 giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

Si evidenzia che l'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2024, nei limiti previsti dai costi e degli FTE autorizzati; per le annualità 2025 e 2026 ha invece un valore esclusivamente programmatico, senza autorizzazione di assunzione o di spesa.

Nei trenta giorni successivi all'approvazione da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, le Aziende provvederanno alla trasmissione dei contenuti dei PTFP tramite il sistema di cui all'articolo 60 del D. Lgs. 165/2001, pena l'impossibilità di effettuare nuove assunzioni nel triennio di riferimento.

I piani triennali potranno essere modificati in occasione dei rendiconti infrannuali, in cui dovranno essere riportate le motivazioni poste a fondamento delle singole variazioni.

Le modifiche ai piani triennali si intendono autorizzate qualora la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità non faccia pervenire osservazioni entro 20 giorni dal ricevimento.

#### **9.4 Prestazioni aggiuntive**

Non verrà autorizzato l'impiego delle prestazioni aggiuntive qualora i monitoraggi infrannuali evidenzino stime di chiusura in perdita o il mancato rispetto del vincolo di spesa di personale.

Ferma restando la compatibilità finanziaria, ciascun ente del SSR può destinare, previa comunicazione alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, i risparmi derivanti dalla mancata attuazione del piano triennale dei fabbisogni alla remunerazione di prestazioni aggiuntive del personale:

- della dirigenza dell'area della sanità con applicazione della tariffa stabilita dal contratto o da specifiche disposizioni di legge;
- del personale del comparto con applicazione della tariffa aziendale o di quella stabilita da specifiche disposizioni di legge. Quanto ai profili interessati, oltre al personale infermieristico e tecnico di radiologia medica, potranno essere coinvolti altri profili del ruolo sanitario dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, tenuto conto delle specifiche esigenze da valutarsi a cura della direzione aziendale.

#### **9.4.1 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, politiche sociali e disabilità, secondo le modalità già definite in materia.

## **10. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM**

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

#### **10.1.1 Applicativo gestionale per la formazione**

Nel 2024 il gestionale della formazione TOM, introdotto nel 2022, verrà implementato di ulteriori funzioni, tra cui:

- definizione dei temi formativi obbligatori
- valutazione della possibilità, per singola azienda, di attivare la funzionalità “albo docenti”;
- gestione dell'aggiornamento individuale esterno;
- predisposizione di report statistici sulle attività formative.

#### **10.1.2 Strutturazione della FAD regionale**

Nei primi mesi del 2024 verranno consolidate le esperienze pilota con la piattaforma Digital Academy di Insiel SPA, integrato con il gestionale della formazione TOM e a disposizione di tutte le aziende del SSR. In particolare verranno attivati i corsi FAD connessi al PNRR e quelli sulle competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio.

L'azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC) mantiene la storica e consolidata esperienza con la piattaforma aziendale Informasanitaudine, piattaforma efficacemente operante da diversi anni presso ASUFC.

Tutti i dipendenti del SSR, il personale convenzionato ed i professionisti esterni hanno la possibilità di accedere ai corsi FAD attivati sulla piattaforma Digital Academy di Insiel. Il personale di ASU FC, per le iniziative a valenza regionale non attivate sulla piattaforma aziendale, potrà ugualmente accedere a Digital Academy.

Le iniziative formative a carattere trasversale e di interesse regionale, efficacemente attivabili attraverso percorsi FAD, saranno affidate ad ARCS che potrà eventualmente avvalersi delle competenze di un team di progettisti interaziendale dedicato, con attivazione di percorsi formativi per approfondire le conoscenze e competenze specifiche per la progettazione dei corsi FAD sincroni e asincroni.

### **10.2 Programmazione della formazione**

#### **10.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)**

Il Piano della Formazione Regionale (PFR) quale strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM, è adottato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ed integrato in corso d'anno.

I percorsi formativi di valenza regionale previsti nel Piano saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR 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. linee sovraziendali.

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 annuale (PFA). Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2024 ed al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR.

### **10.2.2 La Relazione annuale regionale**

La Relazione annuale regionale è il documento illustrativo 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 di rendicontazione agli stakeholder dell'attività formativa svolta dal sistema regionale di formazione continua. I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2023 entro il 31 maggio 2024.

## **10.3 Iniziative formative prioritarie**

### **10.3.1 Aspetti formativi del piano strategico regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2020-23**

Le iniziative formative inserite nel Piano strategico operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, si svilupperanno tenendo conto delle indicazioni nazionali, nella logica della partecipazione e concertazione nazionale, regionale, locale e del ruolo centrale della rete regionale dei formatori, nell'ottica di favorire univocità di metodi, risposte, azioni e contestualizzazione rispetto alle specificità territoriali regionali. Gli aspetti formativi del Piano strategico regionale, troveranno ulteriore formalizzazione nel Piano della formazione regionale 2024 e saranno declinati in funzione degli obiettivi formativi collegati alle diverse fasi – interpandemica, di allerta, pandemica – e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

I corsi, programmati nelle annualità 2023-24, sono inseriti nel Piano della Formazione regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

### **10.3.2 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

#### **a) Missione 6 Componente 2 Sub Investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere**

Per la realizzazione del Corso di formazione in infezioni ospedaliere, la Regione Friuli Venezia Giulia ha a disposizione l'importo complessivo di € 2.055.801,32 con previsione di un target di "dipendenti formati in infezioni ospedaliere" pari a 7537 unità.

La progettualità formativa è stata affidata agli Enti del Servizio Sanitario Regionale quale soggetti attuatori esterni in base alla DGR 1045 del 15 luglio 2022.

Al fine di dare esecuzione al sub investimento in oggetto, è stato predisposto, in aderenza alle indicazioni nazionali ed in collaborazione con il Gruppo regionale infezioni ospedaliere e con i responsabili dei Provider del SSR della Regione FVG, il Programma del corso di formazione in infezioni ospedaliere, oltre al riparto delle risorse ai soggetti attuatori – Provider ECM del SSR.

Le diverse iniziative formative saranno indirizzate al personale dipendente del SSR operante nelle strutture ospedaliere e saranno modulate in funzione dell'area professionale di afferenza e dei contenuti specifici.

I corsi programmati nelle annualità 2024-25-26, sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

**b) Missione 6 Salute Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell’Infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (FSE)” Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario. Piano Operativo sulla Formazione FSE**

Le iniziative formative previste dal sub investimento, che prevedono una linea di finanziamento dedicata, sono rivolte alle direzioni strategiche aziendali, al Management Territoriale, a Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti ospedalieri, Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati, Farmacisti, Infermieri ed altri Professionisti Sanitari, operatori dei CUP, accoglienza, sportelli informativi, URP, Sistemi informativi al fine di favorire la diffusione e la corretta implementazione del FSE da parte di ogni figura professionale coinvolta nel processo di produzione del “Patient Summary” . Obiettivo precipuo è la transizione verso l'utilizzo di soluzioni di sanità digitale, in particolare verso l'utilizzo dei software per la raccolta e la consultazione dei dati.

Il programma formativo sarà sviluppato in modalità blended, alternando lezioni teoriche, condivisione di contenuti online e attività di tutoraggio sul campo, approfondendo sia aspetti teorici – razionale dell’utilizzo del FSE - sia aspetti operativi centrati sulle modalità di implementazione e consultazione dei dati con tempistiche collegate agli aggiornamenti/rilasci dei nuovi applicativi. Particolare attenzione verrà dedicata alla formazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta.

I corsi, programmati nelle annualità 2024-25-26 sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

**c) Missione 6 Salute. Investimento M6 C2 – 2.2 c “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del servizio sanitario” – Sub misura: “corso di formazione manageriale”. Attivazione del corso di formazione manageriale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia**

L’investimento prevede la realizzazione di un percorso di formazione indirizzato a professionisti del SSN con lo scopo di fornire le competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali (in primis la riforma del territorio), nonché quelle relative alle innovazioni digitali e tecnologiche (telemedicina, FSE, ecc.), ed a supportare i discenti stessi nelle fasi di realizzazione del PNRR. In particolare obiettivo dell’investimento è la realizzazione di un “percorso di formazione rivolto ai manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSN, per consentire loro di acquisire le competenze e abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un’ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato. Il Decreto del Ministro della salute del 29 marzo 2023 -Tabella A – individua un totale di 95 partecipanti per la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Con Decreto n° 35446/GRFVG del 28/07/2023 la Direzione Centrale salute ha provveduto ad individuare l’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - Struttura Complessa Centro Regionale Formazione - quale soggetto erogatore del corso di formazione manageriale. Il corso avrà una durata non inferiore a 140 ore e le edizioni si svolgeranno, in una sede regionale, nel periodo compreso tra aprile 2024 e marzo 2026 con previsione dei seguenti target: al 30 giugno 2025 - 50% dei professionisti formati; al 31 marzo 2026 - 100% dei professionisti formati.

Il corso inserito nel Piano della Formazione Regionale, rappresenta una linea formativa prioritaria.

## **10.4 Iniziative formative regionali strategiche**

### **10.4.1 Attivazione dei percorsi formativi regionali dedicati all’Infermiere di famiglia o comunità (IFoC)**

Con Delibera della giunta regionale n. 1484 del 14.10.2022 è stata approvata la Policy Regionale sul modello

assistenziale Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) in Friuli Venezia Giulia. Il documento definisce, in particolare, il modello assistenziale, gli indirizzi organizzativi, il profilo delle competenze ed il percorso formativo regionale dell'IFoC.

In considerazione della necessità di disporre di IFoC per l'implementazione di quanto previsto nella Missione 6 C1 del già citato PNRR, la Regione FVG ritiene necessario procedere con la realizzazione di iniziative formative regionali che permettano di acquisire le specifiche competenze. La Policy Regionale dedica una sessione specifica alla formazione dell'IFoC da attivarsi in collaborazione con le aziende SSR e d'intesa con gli Atenei. La formazione sarà oggetto di accreditamento ECM. La progettualità formativa è inserita nel Piano della Formazione Regionale è affidata ad ARCS e va considerata una linea formativa prioritaria. La formazione si compone di una parte teorica e di una parte pratica e il programma si allinea ai contenuti previsti dall'*Allegato 1 Percorso Formativo Regionale* delle "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità" elaborate da Agenas.

I requisiti di accesso al percorso formativo regionale sono definiti dal Comitato Scientifico tenuto conto dell'esperienza dei professionisti che operano in ambito territoriale.

#### **10.4.2 Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa**

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

Nel 2024 sono previste le seguenti iniziative formative:

- corsi per direttori di struttura complessa di area sanitaria: verrà attivata un'ulteriore edizione del corso generale e avranno inizio i corsi refresh per i direttori in possesso del certificato manageriale;
- corso per dirigenti amministrativi e tecnico-professionali: il corso verrà attivato in collaborazione con la Facoltà di Economia e Commercio dell'Università degli Studi di Udine;
- corso per dirigenti delle professioni sanitarie;
- prosecuzione del programma di formazione previsto per il Middle manager ivi inclusivo l'obiettivo del percorso di definizione dei profili di competenza per l'area tecnica-sanitaria e delle professioni riabilitative.

#### **10.4.3 Ulteriori linee formative di rilievo regionale /aziendale**

Nel 2024 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene iniziative formative:

- previste dal Piano Nazionale Investimenti Complementari (PNC) 1: Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima;
- previste dal Piano Regionale Prevenzione 2020-2025;
- dedicate al 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;
- finalizzate a favorire la formazione degli operatori nell'ambito delle azioni di contrasto alla violenza contro le donne e la violenza contro gli operatori così come previsto dal comma 4 dell'art. 65 del CCNL del comparto sanità 2019-2021;
- dedicate ad implementare le competenze e conoscenze trasversali per il corretto e pieno utilizzo dei sistemi informativi in uso e incrementare la cultura della digitalizzazione così come previsto dal comma 2 dell'art. 65 del CCNL del comparto sanità 2019-2021 e dalle progettualità formative connesse alla piattaforma Syllabus e previsti dalla Strategia Nazionale di Digital Upskilling ed alla sicurezza informatica;

- dedicate a sensibilizzare il personale per mantenere alta l'attenzione sul tema dell'umanizzazione delle cure, della valorizzazione della dignità della persona ed asupportare la dimensione etica all'interno dell'istituzione sanitaria, compreso il coinvolgimento dei cittadini e l'empowerment del paziente;
- al mantenimento delle competenze nel contesto urgenza ed emergenza anche attraverso il ricorso a metodologie formative innovative (ad esempio BLS/D potenziato con realtà virtuale, corso STEMI e altre iniziative);
- dedicate allo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, referenti) e per tutte le tipologie formative.

## 10.5 Centro di formazione per l'assistenza sanitaria

Nel corso del 2024 proseguono le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. Alla fine del mese di febbraio sarà avviata la formazione per il triennio 2023-2026. Ai 40 posti messi a disposizione con borsa di studio finanziata dalla Regione e ai 2 posti dei medici riservatari ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL n. 35/2019, convertito con Legge n. 60/2019, si aggiungono ulteriori 17 posti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'incremento dei medici in formazione rende improcrastinabile la riorganizzazione delle attività didattiche teoriche e l'adeguamento delle sedi destinate alla stessa e nello stesso tempo realizzare un migliore coinvolgimento delle Aziende a supporto della formazione specifica per le attività di tirocinio pratico.

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 e risultati, incentivando iniziative di confronto interdisciplinare e interprofessionale.

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 sull'offerta complessiva che deve essere non inferiore all'obbligo minimo di 40 ore previsto negli Accordi Collettivi Nazionali, articolandosi in non meno di dieci mezze giornate/anno (considerando eventualmente come due mezze giornate gli eventi formativi di una giornata intera, che andranno per quanto possibile limitati, dovendosi privilegiare le attività di AFT).

Le tematiche prioritarie dell'attività formativa per il 2024 sono legate ad affinare le competenze dei professionisti al corretto utilizzo ed alimentazione del FSE, alla terapia del dolore cronico, ad aggiornare le conoscenze di MMG e PLS sull'importanza della privacy e del trattamento dei dati e documenti clinici, alle innovazioni connesse all'attuazione del PNRR – Missione 6 (Salute), Componente 1: Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità.

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

## 11. GLI INVESTIMENTI

### 11.1 Progettualità PNRR

Nel corso del 2024 prosegue la realizzazione degli interventi PNRR compresi nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per il Friuli Venezia Giulia sottoscritto dal Presidente della Regione in data 27 maggio 2022 e dal Ministro della Salute in data 30 maggio 2022.

In relazione agli investimenti strutturali finanziati dal PNRR inseriti nel POR, gli Enti del SSR rivestono il ruolo di soggetti attuatori esterni ai sensi dell'articolo 5, comma 6 dello schema di CIS che, attraverso la sottoscrizione delle schede intervento, hanno assunto congiuntamente e solidalmente con la Regione tutte le obbligazioni contenute nel CIS per la parte relativa all'intervento delegato per quanto attiene ai cronoprogrammi di attuazione e al rispetto delle condizionalità, delle milestone e target previsti.

#### 11.1.1 Interventi edili impiantistici e per acquisti tecnologici PNRR

A seguito dell'incremento dei quadri economici, dovuto in parte ad un maggior dettaglio ottenuto con l'avanzare delle fasi progettuali e in parte all'aumento dei prezzi dei materiali di costruzione e delle materie prime, si sono rese necessarie alcune modifiche del POR, attuate ai sensi dell'articolo 13 comma 1 del CIS e secondo la procedura comunicata dal Ministero della Salute - Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR. Nel corso del 2023 sono state approvate in via definitiva, dopo il nulla osta del Nucleo Tecnico - organo deputato a valutare le variazioni che intercorrono ai Piani Operativi Regionali del PNRR - n.3 proposte di rimodulazione, rispettivamente con DGR n. 639 del 29/03/2023, DGR n. 1035 del 07/07/2023 e DGR n. 1850 del 23/11/2023, che hanno portato al seguente quadro riassuntivo:

Descrizione Investimento	N. Interventi	Finanziamento PNRR/PNC (euro)	Co-finanziamento (euro)
M6C111.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona	23	34.256.085,00	45.129.325,11
M6C111.2.2.1 - Centrali operative territoriali (COT) - COT	12	2.076.900,00	1.526.979,85
M6C111.2.2.3 - Centrali operative territoriali (COT) - Device	3	1.160.592,00	
M6C111.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	7	18.685.142,00	14.841.546,96
M6C211.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	41	22.219.527,00	1.933.765,00
M6C211.2.1 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)	1	11.937.023,00	4.970.789,00
M6C211.2.1 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)	3	27.093.454,95	17.935.296,40
<b>Totale complessivo</b>	<b>90</b>	<b>117.428.723,95</b>	<b>86.337.702,32</b>

La quota di co-finanziamento originale pari a circa 12 milioni di euro è stata integrata con un ulteriore contributo di circa 74 milioni, reso necessario per completare le opere, garantire continuità ai cantieri e rispettare gli impegni e gli obiettivi del PNRR, è costituito per 56,6 milioni da finanziamenti regionali già nella disponibilità delle Aziende e per 17,4 da nuove risorse regionali stanziare nel corso di questa annualità (con DGR n. 639 del 29/03/2023 e DGR n.1087 del 21/07/2023).

Inoltre con DGR n.1087 del 21/07/2023, per dare piena attuazione agli interventi previsti nel POR, sono stati stanziati ulteriori 12,8 milioni per nove interventi di investimento relativi a progettualità complesse che prevedono la contestuale realizzazione sia di interventi del PNRR, sia di ulteriori interventi ad essi complementari e funzionali, in quanto insistenti sul medesimo fabbricato o comprensorio.

In ciascuno di tali atti è confermato che gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

### **11.1.2 Monitoraggio delle misure PNRR**

Il sistema ReGiS rappresenta la modalità attraverso cui le Amministrazioni interessate a livello centrale e territoriale sono tenute ad adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

I RUP assicurano entro il termine massimo di 10 giorni successivi all'ultimo giorno di ciascun mese il caricamento e l'aggiornamento sui ReGiS dei dati relativi al cronoprogramma procedurale delle misure, dei dati anagrafici, finanziari, procedurali e fisici relativi a ciascun progetto finanziato e delle informazioni necessarie per la rendicontazione di milestone e target. Entro il giorno 10 di ogni mese il Referente unico di parte, quale rappresentante incaricato di vigilare sull'attuazione di tutti gli impegni assunti nel CIS, effettua la pre-validazione dei dati caricati dai singoli RUP sul sistema informativo ReGiS, ai fini della validazione dei progetti all'interno del sistema ReGiS da parte del Ministero della Salute (Amministrazione titolare), da effettuarsi nel termine massimo di 20 giorni successivi all'ultimo giorno di ciascun mese. Entro il termine massimo del giorno 15 di ogni mese il Referente è tenuto all'invio della Relazione mensile di Monitoraggio, riscontrando i dati inseriti dai RUP (in particolare in relazione alla loro coerenza e completezza) sullo stato di attuazione di ciascun intervento afferente a tutte le linee di attività, inizializzate/in corso di inizializzazione all'interno del Sistema ReGiS.

Alla scadenza di ogni trimestre (15 dicembre, il 15 marzo, il 15 giugno, ed il 15 settembre), all'interno della Relazione mensile di Monitoraggio il Referente dovrà dare evidenza del raggiungimento dei Milestone e Target, Monitoring Step, Ulteriori Step, stabilite nel CIS.

La rilevazione continua, costante e tempestiva dei dati dei progetti finanziati, delle informazioni inerenti le procedure di affidamento, dell'avanzamento procedurale, fisico e finanziario di ciascun progetto, nonché della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria da parte di ciascun RUP è pertanto condizione imprescindibile al raggiungimento degli obiettivi dell'intero programma.

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

Nel corso del 2024 prosegue l'attuazione degli interventi finalizzati alla realizzazione delle opere previste nel Piano per il potenziamento della Rete Ospedaliera per emergenza COVID-19.

Il quadro della governance

- ha individuato "soggetti attuatori"
  - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale,
  - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina,
  - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale,
  - IRCCS Burlo Garofolo.
- ha 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 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 S.S. 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.

Il Decreto-legge del 19 maggio 2020, n. 34 - *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19* ha previsto per il Piano di potenziamento della rete ospedaliera della regione Friuli Venezia Giulia l'importo pari a euro 25.703.911,00, definito con DGR 1224/2020, come modificata con Delibera n. 1315 del 27 agosto 2021, secondo la valutazione parametrica descritta nella Circolare del 29 maggio 2020. La regione ha stabilito di assegnare ulteriori euro 14.241.779,14, a valere sulle risorse regionali disponibili sul bilancio 2022-2024, per garantire l'intera copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi edili impiantistici compresi nel Piano di riorganizzazione della Regione Friuli Venezia Giulia, che non è garantita dalle sole risorse assegnate dal «Decreto Rilancio». La DGR n. 1803 del 24 novembre 2022 ha inoltre stabilito la modifica della distribuzione dei posti letto di TI nei Presidi Ospedalieri di Pordenone e di San Vito al Tagliamento e la distribuzione delle quote di finanziamento tra i presidi ospedalieri aziendali di AS FO e ASU FC destinate all'acquisizione di attrezzature elettromedicali sulla base dei fabbisogni di ogni unità operativa, fermo restando il totale degli importi già previsti dal Piano. Il quadro riassuntivo è di seguito rappresentato:

Obiettivo		Finanziamento Statale DL 34/2020	Co-finanziamento Regionale
Tabella 2	n. 58 posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva n. 85 posti letto aggiuntivi di Terapia Semiintensiva	19.301.702,69	604.960,00
Tabella 3	n. 12 Pronto Soccorso ristrutturati	6.280.510,39	13.636.819,14
Tabella 4	n. 1 Mezzo di Trasporto acquistato	121.697,93	-
<b>Totale</b>		<b>25.703.911,01</b>	<b>14.241.779,14</b>

Il Servizio Tecnologie e Investimenti e l'ARCS proseguono nelle attività di valutazione delle eventuali ulteriori rimodulazioni da apportare al Piano che si rendono via via necessarie in concomitanza con il prosieguo delle attività di realizzazione degli interventi da parte dei Soggetti attuatori. Tali rimodulazioni sono poi trasmesse al Ministero della Salute, subentrato dal 1 luglio 2023 in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo all'Unità di Completamento della Campagna Vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla Pandemia, per la necessaria approvazione.

### 11.3 Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2024-2026

Le risorse disponibili per interventi di investimento nel SSR previsti sul bilancio regionale 2024-2026, al netto di quelle già programmate nel corso degli esercizi precedenti, saranno programmate sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2024, anche tenendo conto delle ulteriori necessità in relazione agli interventi PNRR e dei maggiori e imprevisi oneri derivanti dall'aumento dei prezzi dei materiali da costruzione, dei carburanti e dei prodotti energetici.

Nella programmazione degli interventi di investimento da realizzare con le risorse finanziarie assegnate, ferma restando l'autonomia decisionale aziendale, gli Enti del SSR sono tenuti a dare priorità agli interventi di messa in sicurezza e adeguamento alla normativa. Gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto della disciplina stabilita dall'articolo 33 della LR 26/2015 per ciascuna fase programmatoria.

### 11.4 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 SISSR. 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.

## **11.5 Altre disposizioni**

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

Nel 2024 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.

### **11.5.2 Programmazione 2025**

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2025, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2025 (PPI 2025).

Gli enti del SSR, anche a seguito di un percorso preliminare di confronto, condotto direttamente con ARCS e secondo le modalità che saranno fornite da ARCS stessa nell'esercizio del proprio ruolo di coordinamento, dovranno adottare il PPI 2025 entro il 30 settembre 2024 completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti (attuale comma 2 dell'art. 33 della L.R. 26/2015). L'ARCS trasmetterà al NVISS:

- entro il 30 settembre 2024 il proprio PPI 2025;
- entro il 30 novembre 2024 una relazione con la valutazione dei PPI 2025 degli Enti del SSR, redatta sulla base delle indicazioni che saranno preliminarmente fornite dal Servizio Tecnologie e Investimenti.

### **11.5.3 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 e nel programma dell'unione europea 'Eu4health Programme' sulla linea di attività per il mantenimento della nomenclatura europea EMDN, finanziata dal contributo europeo 'hs-g-22-19.02 direct grants to member states' authorities: supporting the maintenance of the european medical device nomenclature

Le attività sono svolte sotto la direzione e il coordinamento del Servizio Tecnologie e Investimenti e pertanto continueranno a essere svolte presso la sede della DCS di Trieste o di altre sedi della Regione FVG.

Tali attività trovano copertura finanziaria nell'ambito degli Accordi di collaborazione tra il Ministero e/o la Commissione Europea e la DCS.

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

ARCS proseguirà nel 2024 l'attività di ricognizione e valutazione dei beni immobili degli enti del SSR finalizzato al monitoraggio di tutto il patrimonio del SSR ai fini tecnico-amministrativi e di programmazione degli investimenti da parte della Regione.

ARCS proseguirà nelle attività di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR.



### 11.5.5 Elaborazione e definizione di linee guide per l'applicazione degli artt. 33 e 37 della LR 26/2015

ARCS predispone un documento per standardizzare le procedure relative agli investimenti in Sanità contenente le linee guida operative per l'applicazione degli artt. 33 e 37 della LR 26/2015 anche alla luce dell'aggiornamento della normativa in materia di Codice dei contratti pubblici con il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	RUOLO ARCS	RUOLO DCS
11.5.5	Proposta di linee guida per standardizzare le procedure relative alla programmazione degli investimenti del SSR.	ARCS trasmette la proposta alla DCS	entro il 31/05/2024	ARCS ASFO ASUFC ASUGI CRO BURLO	entro il 31.05.2024	

Con riferimento ai Beni Mobili Tecnologici (BMT), indipendentemente dalla modalità di fornitura "acquisto in conto capitale", "noleggio", "service", "donazione" o altra modalità e dalla disponibilità dei finanziamenti necessari a perfezionare la stessa, al fine di garantire l'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia del modello assistenziale sanitario e socio-sanitario, nonché un'attuazione organica della programmazione regionale, si prevede la necessità di una opportuna valutazione per gli investimenti relativi alle classi tecnologiche di significativa complessità e/o di valenza strategica rispetto alla programmazione sanitaria regionale le cui modalità saranno dettagliate nel documento contenente le linee guida.

### 11.5.6 Realizzazione di uno strumento di supporto alla valutazione del fabbisogno di risorse regionali destinate al rinnovo tecnologico biomedicale

L'art. 4, comma 4, lett. c), della L.R. n. 27/2018, dispone che ARCS curi il coordinamento e il controllo sugli Enti del SSR, anche relativamente alla gestione delle tecnologie sanitarie, nel rispetto degli indirizzi e indicazioni generali della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS), ai sensi dell'art. 4, commi 2 e 3, della L.R. n. 27/2018.

Al fine di garantire nel tempo la corretta valutazione del fabbisogno, sia in conto capitale sia in conto esercizio, per le necessità di costante e periodico rinnovo del parco tecnologico biomedicale in uso, si chiede che ARCS con il supporto degli Enti del SSR:

- conduca un'analisi sulla consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale regionale di proprietà degli Enti del SSR;
- definisca i criteri, conduca e coordini una ricognizione straordinaria delle tecnologie acquisite dagli Enti del SSR in conto esercizio.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		RUOLO ARCS	RUOLO DCS
11.5.6.a		Realizzazione e trasmissione alla DCS e agli enti del SSR di una valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG.	entro il 31.03.2024	ARCS	entro il 31.03.2024		
11.5.6.b	Realizzazione di uno strumento di supporto alla valutazione del fabbisogno di risorse regionali destinate al rinnovo tecnologico biomedicale	Trasmissione alla DCS di una iniziale versione dei criteri da utilizzare per avviare una ricognizione delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto (noleggi, service, comodati, ...) degli Enti del SSR FVG, corredata da un piano dell'attività ricognitiva sulla base di uno primo schema di valutazione.	entro il 30.06.2024	ARCS	entro il 30.06.2024		
11.5.6.c		Avvio, coordinamento e conduzione congiunta con gli Enti del SSR FVG della ricognizione delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto (noleggi, service, comodati, ...). ARCS trasmetterà alla DCS gli esiti della stessa, riguardanti almeno una valutazione economica del fenomeno.	entro il 31.12.2024	ARCS ASFO ASUFC ASUGI CRO BURLO	entro il 31.12.2024		

### 11.5.7 Progettazione trasferimento nuovo ospedale di Pordenone

Dovrà essere costituito uno specifico gruppo di lavoro multidisciplinare per la pianificazione e progettazione del trasferimento delle attività nel nuovo ospedale di Pordenone con esperti di project management, che dovrà assicurare che le modalità del trasferimento garantiscano l'attivazione dello stesso con tutte le funzioni entro il termine stabilito, con la conseguente disattivazione del vecchio.

## 12. LE RISORSE FINANZIARIE

### 12.1 Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2024

Si riporta di seguito la sintesi delle disponibilità finanziarie per la gestione di parte corrente del Servizio sanitario regionale iscritte a bilancio regionale per il 2024 e programmate con il presente atto:

<b>Destinazione risorse</b>	<b>Importo finanziato</b>
Finanziamento <i>fabbisogno 2024 enti SSR</i> comprensivo delle quote finalizzate regionali (cap. 4364/S)	2.611.567.705,24
Finanziamento disabilità (cap.11504/S)	47.276.000,00
Finanziamento integrativo oneri sanitari anziani non autosufficienti	7.300.000,00
Finanziamento rinnovi contrattuali SSR (cap. 68505/S)	57.000.000,00
Contributi per superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (cap. 4379/S)	1.410.000,00
Finanziamento attività enti SSR extra-fondo finalizzazioni regionali (cap. 68621/S)	31.432.294,76
<b>Totale finanziamento corrente Servizio sanitario regionale</b>	<b>2.755.986.000,00</b>

In conformità a quanto previsto dagli indirizzi impartiti dal Tavolo degli adempimenti del MEF, le quote relative al pay back farmaci verranno iscritte a bilancio regionale nei limiti della riscossione effettiva delle stesse e, quindi, successivamente ripartite ed iscritte a bilancio degli Enti del SSR secondo le indicazioni di contabilizzazione che saranno impartite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

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 2024 e parimenti 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)	61.100.000,00
Abbattimento rette di accoglienza in strutture semiresidenziali per anziani non autosufficienti (cap. 8408/S)	1.400.000,00
<b>Totale finanziamento corrente aggiuntivo per attività sociosanitaria regionale</b>	<b>62.500.000,00</b>

## 12.2 Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni

La determinazione del fabbisogno sanitario e il riparto del finanziamento regionale tra gli enti del SSR per l'anno 2024 segnano l'inizio di un processo di progressiva revisione delle modalità di rappresentazione contabile delle risorse assegnate annualmente dalla regione ai medesimi.

Un tanto volto a rispondere alle indicazioni impartite dal "Tavolo ministeriale di verifica degli adempimenti" (ex art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005) ed ai principi di armonizzazione disposti dal D. Lgs. 118/2011 che prevedono una uniforme contabilizzazione, a livello nazionale, delle risorse assegnate dalle Regioni ai rispettivi servizi sanitari.

Questo processo porta nell'esercizio 2024, coerentemente con le modifiche contabili, all'assegnazione, nel finanziamento indistinto, di parte delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione ("spese sovraziendali"), legate alle attività LEA ed extra LEA regionali, mentre le attività che rappresentano interventi specifici volti al perseguimento di finalità di interesse regionale affidati ad un determinato soggetto sono rappresentate quali "Finalizzazioni regionali".

Inoltre, si rendono necessari gli adeguamenti contabili susseguenti alla completa separazione, dal bilancio sanitario, delle attività di natura sociale/welfare collegabili alla Missione 12 di cui all'allegato 14 del D. Lgs 118/2011 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia).

In tale contesto, va inserita, altresì l'attuazione della LR 16/2022 "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia", il cui articolo 26 guiderà le relative imputazioni a valere sulle Missioni 12 (bilancio separato "sociale") e 13 (bilancio "sanità").

Si ricorda infine che, ai sensi dell'articolo 35 della LR 26/2015, gli Enti del SSR che assumono altresì la gestione di attività socio-assistenziali su delega dei Comuni sono tenuti ad una contabilizzazione delle medesime specifica e separata rispetto a quella propria dell'ente delegato.

Il presente riparto provvede ad assegnare il fabbisogno sanitario e le corrispondenti risorse finanziarie indistinte per popolazione e funzioni, ed è articolato secondo parametri e processi di standardizzazione.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 01.01.2023 non pesata (c.d grezza o 'secca') e di quella pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2021 (di cui al rep.152/CSR del 4 agosto 2021), in relazione all'ambito di ciascun Ente:

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina
popolazione non pesata al 01/01/2023	1.192.191,00	309.612,00	516.715,00	365.864,00
popolazione pesata al 01/01/2023	1.389.046,99	345.339,58	607.154,01	436.553,41
popolazione pesata di età eguale o maggiore di 65 anni al 01/01/2023	810.730,36	193.255,89	356.949,70	260.524,78
popolazione pesata al 01/01/2023 oltre 500 m alt.	31.812,00	3.245,04	28.566,96	

Fonte: DEMOISTAT

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta tramite riferimenti nazionali oppure sulla base della valutazione degli andamenti gestionali medi regionali.

Il finanziamento 2024 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”), per la restante quota sulla base della popolazione pesata.

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

Le attività riconosciute, con riferimento a parametri oggettivi, non dipendenti dalla popolazione (“Funzioni”), 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;
- Proton terapia;
- Centro malattie rare;
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari;
- 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:

- lo *standard pro capite* per l'attività di ricovero è stato determinato sulla base di un tasso di ospedalizzazione standardizzato del 120,00 per mille. Complessivamente è di 615,45 euro e remunera per 545,34 euro la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;
- lo *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 227,95 euro, è stato determinato 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 2023, gli standard sono così determinati:
  - per la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, uno *standard* di 109,00 euro;
  - per la distribuzione farmaceutica territoriale diretta per residenti, che comprende tutta

l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata (90%), uno *standard* di 83,00 euro esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni) e la quota degli innovativi, coperta da specifico finanziamento regionale, erogati in diretta a residenti FVG;

- per la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, uno *standard* di 43,00 euro, esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
  - per l'AFIR, uno *standard* di 9,50 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 55 euro; ed è stato raddoppiato a 110,00 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 2024 (cap. 4364 e 68621), 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 nell'esercizio 2022 e il trend del 2023, e sono state previste le stesse risorse dell'esercizio 2023.

Nella voce relativa all'ulteriore fabbisogno, oltre alle attività già dettagliate alla Tabella 1 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2024, è stato assegnato agli enti del SSR il finanziamento per le seguenti attività sovraziendali LEA:

Attività	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE
Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	228.944,00	485.564,00	285.492,00				1.000.000,00
Piano sangue regionale		4.050.000,00					4.050.000,00
Elisoccorso		8.310.000,00					8.310.000,00
Assicurazioni RC - polizza						4.100.000,00	4.100.000,00
Assicurazioni RC - fondo copertura						13.182.561,00	13.182.561,00
Accantonamento rinnovi contrattuali 2019/2021 dirigenza 2019/2021 (anno 2024)	2.587.382,80	6.127.448,22	4.045.239,62	638.806,20	640.879,18	103.568,09	14.143.324,11
Finanziamento AIR Medicina convenzionata	10.377.663,20	16.706.287,00	9.952.898,33				37.036.848,53
ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2024	1.592.602,37	2.587.103,53	1.746.860,27				5.926.566,17
Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	592.202,64	943.282,33	459.272,37				1.994.757,34
ACN medicina convenzionata 2022/2024 _ competenza 2023	808.789,01	1.312.077,93	884.375,72				3.005.242,66
Fondi SMA	400.000,00	1.900.000,00	1.100.000,00	2.200.000,00			5.600.000,00
Finanziamento Passi d'argento (funzioni + sovraziendale)			178.000,00				178.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>16.587.584,02</b>	<b>42.421.763,01</b>	<b>18.652.138,31</b>	<b>2.838.806,20</b>	<b>640.879,18</b>	<b>17.386.129,09</b>	<b>98.527.299,81</b>

È stato poi ripatito il finanziamento relativo al fondo sociosanitario per la disabilità, secondo quanto previsto dalla LR 16/2022, gli oneri sanitari per gli anziani in casa di riposo, le risorse per l'attività delle REMS ripartite per il 50% sulla base del numero delle persone assistite e per il 50% sulla base della popolazione residente 2022.

Infine la quota relativa al fabbisogno attività LEA da ripartire, come illustrata nella tabella sotto riportata, ricomprende dei finanziamenti che non possono essere ripartiti con il presente atto in quanto sono legati all'andamento dell'attività dell'anno o alla stipula di nuovi accordi.

<b>Attività previste</b>	<b>Importo</b>
Accantonamento rinnovi contrattuali 2022/2024 comparto e dirigenza (anno 2024)	60.851.610,08
Farmaceutica - SMA	2.200.000,00
Cart-T	2.500.000,00
Farmaci innovativi	15.000.000,00
Incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari	2.585.740,00
Quota INAIL finalizzata (anno 2023) - dir. Medici SSR	432.000,00
Quota INAIL finalizzata (anno 2023) - MMG	191.000,00
Quota INAIL finalizzata (anno 2022) - MMG	190.257,00
Adeguamento delle tariffe delle prestazioni di riabilitazione funzionale ex art. 26, RSA e Hospice	4.000.000,00
Indennità PS comparto sanità (anno 2024) - rinnovo CCNL 2019/2021	5.902.123,00
Indennità PS dirigenza medica (anno 2024) - rinnovo CCNL 2019/2021	2.027.100,00
<b>Totale accantonato</b>	<b>95.879.830,08</b>

Il finanziamento per le finalizzazioni extra-fondo ovvero per alcune specifiche attività di interesse regionale che vengono individuate annualmente, per l'esercizio 2024 sono le seguenti:

Attività finalizzate	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE
Finanziamento Area Welfare (40%)			1.200.000,00				1.200.000,00
Finanziamento Ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006				9.297.000,00	9.297.000,00		18.594.000,00
Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza						85.000,00	85.000,00
Progetto "Piccole produzioni locali"		150.000,00					150.000,00
Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato		110.000,00	60.000,00				170.000,00
Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute			100.000,00				100.000,00
Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici						100.000,00	100.000,00
Progetto odontoiatria pubblica			1.000.000,00				1.000.000,00
Spese di funzionamento Centro per la formazione in sanità						2.300.000,00	2.300.000,00
Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS		460.000,00					460.000,00
Progetto Comunicatori verbali		40.000,00					40.000,00
Finanziamento Soccorso Alpino						160.000,00	160.000,00
Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	300.000,00		1.012.521,00				1.312.521,00
Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00						300.000,00
Avalimento di personale delle Aziende Sanitarie per le progettualità della Rete Cure Sicure		47.144,76					47.144,76
Piano della formazione, della comunicazione e studi						350.000,00	350.000,00
Attività di ricerca, formazione e disseminazione del Centro collaboratore OMS per la salute mentale – DSM/ASUGI			50.000,00				50.000,00
Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti con particolare riferimento all'attuazione del PNRR, nonché nell'analisi, valutazione e valorizzazione del patrimonio edile e impiantistico del SSR						400.000,00	400.000,00
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						100.000,00	100.000,00
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 (quota locazione arretrata)			125.629,00				125.629,00
Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute						2.800.000,00	2.800.000,00
Screening cardiovascolare						400.000,00	400.000,00
Formazione operatori sociosanitari (OSS)		475.000,00					475.000,00
Rimborso del personale incaricato per i sopralluoghi di accreditamento nelle strutture sanitarie del FVG						3.000,00	3.000,00
Screening prevenzione del tumore al seno – rafforzamento attività di refertazione della diagnostica per immagini						600.000,00	600.000,00
Agenda della gravidanza						110.000,00	110.000,00
<b>Totale</b>	<b>600.000,00</b>	<b>1.282.144,76</b>	<b>3.548.150,00</b>	<b>9.297.000,00</b>	<b>9.297.000,00</b>	<b>7.408.000,00</b>	<b>31.342.294,76</b>



**Tabella 1 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2024**

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
<b>PREVENZIONE</b>	<b>136.364.500,00</b>	<b>34.319.354,70</b>	<b>57.275.962,70</b>	<b>40.554.682,60</b>	-	-	<b>4.214.500,00</b>	
	136.364.500,00	34.319.354,70	57.275.962,70	40.554.682,60			4.214.500,00	
Veterinaria	681.823,00	177.274,00	300.002,00	204.548,00				
standard 5% fondo	110,85							
<b>RICOVERI TOTALE</b>	<b>854.891.173,00</b>	<b>200.597.900,00</b>	<b>379.073.893,00</b>	<b>267.417.712,00</b>	<b>4.096.179,00</b>	<b>3.705.489,00</b>	-	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	69.509.673,00	12.270.416,00	32.831.194,00	19.818.847,00	2.409.517,00	2.179.699,00		
7% tariffato	27.878.612,00		15.137.332,00	9.528.828,00	1.686.662,00	1.525.790,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 120,00 x 1000 statale 140*1000)	757.502.888,00	188.327.484,00	331.105.367,00	238.070.037,00	-	-	-	
pro capite proiezione 31-dic-2023	524,74							
standard mobilità 2024	545,34							
<b>standard totale 2024 (mobilità +complessità +7%)</b>	<b>615,45</b>							
<b>SPECIALISTICA TOTALE</b>	<b>316.633.262,00</b>	<b>78.720.156,00</b>	<b>138.400.756,00</b>	<b>99.512.350,00</b>	-	-	-	
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)	316.633.262,00	78.720.156,00	138.400.756,00	99.512.350,00				
pro capite proiezione 31-dic-2023	200,83							
<b>standard mobilità 2024</b>	<b>227,95</b>							
<b>FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO</b>	<b>59.729.021,00</b>	<b>14.849.602,00</b>	<b>26.107.622,00</b>	<b>18.771.797,00</b>				
pro capite proiezione 31/12	47,16	43,06	49,14	47,65				
<b>standard 2024</b>	<b>43,00</b>							
<b>FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA</b>	<b>151.406.123,00</b>	<b>37.642.014,00</b>	<b>66.179.787,00</b>	<b>47.584.322,00</b>				
pro capite proiezione 31/12	113,51	112,49	115,76	111,18				
<b>standard 2024</b>	<b>109,00</b>							
<b>FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA (90%)</b>	<b>115.290.901,00</b>	<b>28.663.185,00</b>	<b>50.393.783,00</b>	<b>36.233.933,00</b>				
pro capite proiezione 31/12	89,23	95,82	91,68	80,62				
<b>standard 2024</b>	<b>83,00</b>							
<b>AFIR</b>	<b>13.195.946,00</b>	<b>3.280.726,00</b>	<b>5.767.963,00</b>	<b>4.147.257,00</b>				
pro capite proiezione 31/12	11,01	9,05	10,04	13,92				
<b>standard 2024</b>	<b>9,50</b>							
<b>ADI</b>	<b>46.339.830,00</b>	<b>10.807.551,00</b>	<b>21.203.416,00</b>	<b>14.328.863,00</b>				
standard 2024	55,00							
<b>standard pop &gt; 500 mt. alt.</b>	<b>110,00</b>							
<b>PROTESICA</b>	<b>20.835.705,00</b>	<b>5.180.094,00</b>	<b>9.107.310,00</b>	<b>6.548.301,00</b>				
standard 2024	15,00							
<b>MEDICINA CONVENZIONATA</b>	<b>117.191.795,00</b>	<b>30.302.672,00</b>	<b>49.238.141,00</b>	<b>37.650.982,00</b>				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Assistenza primaria	74.384.697,00	18.705.720,00	31.052.857,00	24.626.120,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Continuità assistenziale	10.883.098,00	2.862.255,00	5.195.591,00	2.825.252,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Emergenza Territoriale	735.000,00	85.000,00		650.000,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) _ Pediatri di libera scelta	15.708.807,00	4.753.536,00	6.463.741,00	4.491.530,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) _ Specialisti ambulatoriali	7.205.334,00	1.487.737,00	3.157.294,00	2.560.303,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) _altri	2.615.983,00	945.145,00	925.053,00	745.785,00				
Competenza 2024 _ rinnovi contrattuali 2016/2018 _ ACN MEDICINA CONVENZIONATA	5.658.876,00	1.463.279,00	2.443.605,00	1.751.992,00	-	-	-	
<b>Emergenza territoriale e centrale operativa</b>	<b>44.893.437,00</b>	<b>10.086.237,00</b>	<b>20.015.979,00</b>	<b>12.010.221,00</b>			<b>2.781.000,00</b>	

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
<b>INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA</b>	<b>103.572.757,52</b>	<b>24.838.865,07</b>	<b>45.370.419,83</b>	<b>33.266.272,62</b>	<b>97.200,00</b>	-	-	
Convenzione oneri sanitari strutture residenziali anziani	30.900.055,00	7.096.024,00	14.165.779,00	9.638.252,00				
<b>Altre prestazioni di Socio Sanitaria</b>	<b>71.982.702,52</b>	<b>17.217.841,07</b>	<b>31.064.640,83</b>	<b>23.603.020,62</b>	<b>97.200,00</b>	-	-	
Minori - strutture residenziali e semiresidenziali	3.900.000,00	992.761,00	1.592.925,00	1.314.314,00				
Salute mentale minori-Programmi abilitativi/riabilitativi-Budget di salute	530.000,00	100.000,00	243.695,00	156.305,00	30.000,00			
Salute mentale minori -programmi riabilitativi in cogestione con il Terzo Settore	689.579,52	170.849,28	268.499,84	183.030,40	67.200,00			
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	14.450.184,00	5.498.558,00	7.591.771,00	1.359.855,00				
Salute mentale adulti-Convenzioni/contratti attività riabilitativa	17.293.693,00	2.227.628,00	8.145.091,00	6.920.974,00				
Dipendenze - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	6.819.191,00	1.057.575,00	2.490.270,00	3.271.346,00				
Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	200.000,00	51.809,79	86.502,99	61.687,22				
Dipendenze, programmi di abilitazione/riabilitazione con budget di salute	600.000,00	180.000,00	220.000,00	200.000,00				
Altre prestazioni socio sanitarie	27.500.055,00	6.938.660,00	10.425.886,00	10.135.509,00				
<b>Funzioni socio assistenziali finalizzate</b>	<b>690.000,00</b>	<b>525.000,00</b>	<b>140.000,00</b>	<b>25.000,00</b>				
<b>FUNZIONI</b>	<b>82.182.569,00</b>	<b>15.946.537,00</b>	<b>32.304.037,00</b>	<b>16.390.504,00</b>	<b>3.540.685,00</b>	<b>240.606,00</b>	<b>13.760.200,00</b>	
Pronto soccorso	64.564.963,00	15.946.537,00	29.899.237,00	16.390.504,00	2.328.685,00			
Centro regionale trapianti, VAD e proton terapia	1.945.406,00		1.704.800,00			240.606,00		
Centro regionale malattie Rare	700.000,00		700.000,00					
Funzioni per lo screening metabolico, protesi cocleari	1.100.000,00				1.100.000,00			
Funzioni per lo screening fibrosi cistica (DGR 1483_2022)	112.000,00				112.000,00			
Attività centralizzate	13.760.200,00						13.760.200,00	
Incremento indennità esclusività dirigenti sanitari	<b>11.388.610,00</b>	2.108.986,00	5.027.014,00	3.220.006,00	462.106,00	543.220,00	27.278,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 comparto	<b>31.842.366,94</b>	5.189.593,50	14.178.317,47	10.243.353,66	1.070.883,79	884.121,85	276.096,67	
Indennità personale sanitario e oss	<b>12.695.216,94</b>	2.256.645,89	5.571.694,41	4.088.444,34	410.549,89	310.499,28	57.383,13	
Perequazione dei fondi del personale	<b>31.791.239,63</b>	7.293.607,23	11.095.611,23	8.820.182,38	1.352.002,04	2.683.676,89	546.159,86	
<b>Totale fabbisogno calcolato ProCapite e Funzioni</b>	<b>2.150.244.453,03</b>	<b>512.083.726,39</b>	<b>936.311.706,64</b>	<b>660.789.183,60</b>	<b>11.029.605,72</b>	<b>8.367.613,02</b>	<b>21.662.617,66</b>	
<b>Ulteriore fabbisogno</b>	<b>278.879.205,97</b>	<b>38.633.428,28</b>	<b>77.886.411,31</b>	<b>45.213.721,64</b>	<b>3.038.806,20</b>	<b>840.879,18</b>	<b>17.386.129,09</b>	<b>95.879.830,27</b>
Ulteriori attività LEA (gestione a capitolo)	98.527.299,81	16.587.584,02	42.421.763,01	18.652.138,31	2.838.806,20	640.879,18	17.386.129,09	
Fabbisogno per attività REMS	1.410.000,00	424.998,12	544.621,69	440.380,19				
Oneri sanitari_integrazione	4.000.000,00	1.081.381,00	1.740.981,00	1.177.638,00				
Disabilità - Fondo sociosanitario LEA L.R.16/2022	48.425.816,00	12.418.496,03	21.537.807,04	14.469.512,93				
Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d'attesa (conferma degli importi già assegnati nell'anno 2023 agli Enti quale finanziamento per attività finalizzate con riferimento DGR 1037/2021)	20.263.129,89	5.641.489,11	7.281.968,57	7.339.672,21				
Fabbisogno per Piano operativo per recupero liste d'attesa (ll.gg 2024 - fin. linea 0,4 p.c. art. 45 disegno l. bilancio 2024)	10.373.130,00	2.479.480,00	4.359.270,00	3.134.380,00	200.000,00	200.000,00		
Fabbisogno attività LEA da ripartire	95.879.830,27							95.879.830,27
<b>Quota di riequilibrio</b>	<b>134.655.255,00</b>	5.945.394,60	57.743.587,35	57.408.222,98	8.430.135,60	4.012.878,69	1.115.035,78	
<b>Totale Fabbisogno LEA</b>	<b>2.563.778.914,00</b>	<b>556.662.549,27</b>	<b>1.071.941.705,30</b>	<b>763.411.128,22</b>	<b>22.498.547,52</b>	<b>13.221.370,89</b>	<b>40.163.782,53</b>	<b>95.879.830,27</b>
<b>Quota di maggiore fabbisogno per LEA</b>	<b>157.474.791,24</b>	18.007.934,52	70.783.117,85	62.163.957,70	3.966.048,41	2.553.732,76		
<b>TOTALE FABBISOGNO SSR 2024</b>	<b>2.721.253.705,24</b>	<b>574.670.483,79</b>	<b>1.142.724.823,15</b>	<b>825.575.085,92</b>	<b>26.464.595,93</b>	<b>15.775.103,65</b>	<b>40.163.782,53</b>	<b>95.879.830,27</b>
<b>FINALIZZAZIONI REGIONALI 2024</b>	<b>31.432.294,76</b>	<b>600.000,00</b>	<b>1.282.144,76</b>	<b>3.548.150,00</b>	<b>9.297.000,00</b>	<b>9.297.000,00</b>	<b>7.408.000,00</b>	
<b>TOTALE 2024</b>	<b>2.752.686.000,00</b>	<b>575.270.483,79</b>	<b>1.144.006.967,91</b>	<b>829.123.235,92</b>	<b>35.761.595,93</b>	<b>25.072.103,65</b>	<b>47.571.782,53</b>	<b>95.879.830,27</b>

In relazione alle disponibilità la gestione di parte corrente dell'attività socio sanitaria regionale definite con le presenti Linee per la gestione all'interno delle risorse iscritte a bilancio regionale per il 2024, la tabella sotto riportata riepiloga le risorse assegnate alle Aziende e agli Enti del SSR programmate con il presente atto:

**Tabella 2 - FINANZIAMENTI PER ATTIVITÀ SOCIO SANITARIA**

	<b>Contributo strutture residenziali</b>	<b>Contributo strutture semiresidenziali</b>
205_AS Friuli Occidentale	13.101.262,34	413.965,87
206_ASU Friuli Centrale "	25.558.780,15	499.126,85
207_ASU Giuliano Isontina	17.939.957,51	234.031,08
<b>Totale regionale</b>	<b>56.600.000,00</b>	<b>1.147.123,80</b>

## 13. LE REGOLE GESTIONALI

### 13.1 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.

#### 13.1.1 Farmaceutica

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

- Per la Farmaceutica territoriale (diretta + convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella Tabella 1 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2024. Fonte dati diretta: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".
  - o Fonte dati convenzionata e DPC: Liquero e GoOpen DPC
- Per la Farmaceutica ospedaliera di seguito è riportato il dato di spesa distinto per Ente erogante di gennaio-settembre 2023 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente al netto dei vaccini, dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA con costo paziente/anno > ai 100.000 euro), dei farmaci oncologici ed emato-oncologici e dei farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale erogati a residenti FVG, compresa la quota della distribuzione diretta (10% - quota oncologici esclusa).
  - o Fonte dati: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".

<b>Ente erogante</b>	<b>Ospedaliera + 10% diretta (gen-set 2022)</b>	<b>Ospedaliera + 10% diretta (gen-set 2023)</b>	<b>Δ</b>	<b>Δ%</b>
AS FO	9.104.541	10.681.841	1.577.300	17,3%
ASU FC	26.481.796	27.949.054	1.467.258	5,5%
ASU GI	15.129.883	18.033.819	2.903.935	19,2%
IRCCS Burlo	1.354.089	1.288.019	-66.071	-4,9%
IRCCS CRO	2.507.474	2.724.890	217.416	8,7%
<b>Totale</b>	<b>54.577.783</b>	<b>60.677.622</b>	<b>6.099.839</b>	<b>11,2%</b>

Sulla base dei dati di gennaio-settembre 2023, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera, comprensiva della quota della diretta (ad esclusione di quella degli oncologici) pari al 11,2% (esclusi i vaccini, i farmaci per la SMA, i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale) rispetto al corrispondente periodo del 2022.

Per il 2024, gli Enti che hanno registrato nel 2023:

- una riduzione della spesa rispetto al 2022 (IRCCS Burlo) dovranno ridurre dello 0,5%;

- un aumento percentuale inferiore o in linea con il valore regionale (IRCCS CRO e ASU FC) dovranno ridurre dell'1%;
- un aumento percentuale superiore di 3 punti percentuali rispetto al valore regionale (AS FO e ASU GI) dovranno ridurre del 2,5%:

Obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	
Ente erogante	obiettivo 2024
ASFO	-2,5 %
ASUFC	-1,0 %
ASUGI	-2,5 %
IRCCS Burlo	-0,5 %
IRCCS CRO	-1,0 %
<b>Totale</b>	<b>-1,5 %</b>

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC presso ASU GI, ASU FC e AS FO), i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro e i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale.

In considerazione dei nuovi farmaci innovativi (oncologici e non) che continuano a rendersi disponibili in questi anni, a livello centrale la legge finanziaria n. 232/2016 aveva previsto due fondi da 500 mln ciascuno, che sono stati recentemente unificati con l'entrata in vigore del d.l. n. 73/2021, art 35-ter (convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106) in un unico fondo da 1.000 mln di euro e che l'art. 1, comma 259, della l. n.234/2021 ha incrementato rispettivamente di un importo pari a 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024.

La Regione FVG, in quanto a statuto speciale, attualmente non accede a tale fondo: tuttavia questi farmaci hanno un impatto rilevante anche nella nostra Regione, di cui è necessario tener conto, sia in ambito oncologico che non oncologico. 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-settembre 2023 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero (flussi N-SIS, consumi ospedalieri), al netto dei farmaci innovativi oncologici coperti da specifico finanziamento regionale, compresa la quota della distribuzione diretta (10% - quota oncologici):

Ente erogante	Ospedaliera oncologici ed emato-oncologici + 10% diretta oncologici (gen-set 2022)	Ospedaliera oncologici ed emato-oncologici + 10% diretta oncologici (gen-set 2023)	Δ	Δ%
AS FO	858.999	1.051.960	192.961	22,5%
ASU FC	16.299.725	19.411.764	3.112.039	19,1%
ASU GI	7.955.420	9.799.792	1.844.372	23,2%
IRCCS Burlo	272.146	247.662	-24.484	-9,0%
IRCCS CRO	12.737.072	13.797.486	1.060.415	8,3%
<b>Totale</b>	<b>38.123.361</b>	<b>44.308.664</b>	<b>6.185.303</b>	<b>16,2%</b>

Nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) e L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE  $\alpha$ , 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 e gli innovativi oncologici coperti dalla linea sovraziendale (solo indicazioni innovative).

Considerato l'andamento del periodo gennaio-settembre 2023 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, anno già in linea con quanto registrato nel 2019 (anno pre-COVID), per il 2024, per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero, esclusi gli innovativi oncologici e compresa la quota della distribuzione diretta per la suddetta classe di farmaci (10% - oncologici), gli Enti che hanno registrato nel 2023:

- una riduzione della spesa rispetto al 2022 (IRCCS Burlo) dovranno mantenere il valore registrato nel 2023;
- un aumento percentuale inferiore al valore regionale (IRCCS CRO) dovranno ridurre del 0,5%;
- un aumento percentuale inferiore al 20% (ASU FC) dovranno ridurre del 1,5%;
- un aumento percentuale superiore al 20% (AS FO e ASU GI) dovranno ridurre del 2,0%.

Per il monitoraggio dell'andamento dei consumi sarà data continuità al monitoraggio con cadenza bimestrale, di concerto tra i competenti servizi della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, ARCS e Aziende per prevenire eventuali variazioni incrementali sia nell'andamento dei consumi sia della loro appropriatezza, anche al fine di valutare l'introduzione di ulteriori misure correttive.

Tenuto conto del mantenimento anche per il 2024 dello stanziamento, con modalità diverse rispetto alle precedenti cc.dd. linee sovraziendali, di risorse per la copertura di una quota parte dei costi dei farmaci innovativi (oncologici e non – solo indicazioni innovative – fonte dati AIFA), nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per tali attività oggetto di trasferimento agli ENTI e Aziende del SSR nel corso del 2024 continuerà il monitoraggio specifico su tali farmaci, operando la correzione sui dati complessivi di spesa, per il rispetto dei rispettivi vincoli assegnati.

### 13.1.2 Dispositivi medici

Infine le aziende dovranno, in sede di monitoraggio trimestrale, individuare separatamente anche il consumo di dispositivi collegati a contratti di service ai fini di una valutazione da parte della Direzione centrale con il

supporto di ARCS, riguardo l'eventuale reinternalizzazione di tali contratti ed una conseguente maggior standardizzazione regionale del fabbisogno di dispositivi al fine di conseguire adeguate economie di scala e di costo, anche con particolare riguardo ai contratti di service di laboratorio.

### **13.1.3 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.

### **13.1.4 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 19 giugno 2015, n. 78, convertito con legge 6 agosto 2015, n. 125 (c.d. "spending review 2015") e loro successive modifiche e integrazioni.

### **13.1.5 Risorse umane**

In relazione ai vincoli nella gestione delle risorse umane si rinvia a quanto diffusamente esposto al precedente punto 9- *LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE*, sottopunto 9.1- *Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali*.

## **13.2 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 n. 22/2019.

### **13.2.1 Mobilità intra-regionale**

Per l'esercizio 2024, 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 ARCS 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 2023 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 2024, 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/o 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.

### 13.2.2 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 2024, nelle more dell’approvazione del riparto del FSN 2024, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2023 (all’articolo 1, comma 491 della Legge 178/2020).

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, entro il mese di marzo dell’anno di cui alle presenti Linee di gestione, la DCS sulla base delle matrici fornite dall’AIFA alle regioni sui medicinali innovativi (art. 5, comma 2, DM 16.02.2018), invierà un report di dettaglio suddiviso per regione, farmaco, indicazione e trattamento, che rappresenterà la base dati di riferimento, al fine di agevolare le successive verifiche in ordine alle fatture ricevute ed emesse/da emettere.

Il report conterrà altresì il dettaglio dei pazienti del FVG trattati nelle strutture regionali con i suddetti medicinali (indicazioni innovative).

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).

La Regione si riserva con atto successivo, di fornire ulteriori indicazioni e prescrizioni in relazione agli adempimenti di cui all'articolo 1, comma 494 della Legge 178/2020 relativi a salvaguardare i normali livelli di mobilità e a fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica anche nello specifico delle aree di confine e dei flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini.

### **13.2.3 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 2024, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2024, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2023.

Ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute – Organismo di collegamento, 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.

In sede di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale annuale si provvede alla regolazione finanziaria attraverso l'imputazione tramite le Regioni, dei costi e ricavi connessi rispettivamente all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini stranieri in Italia oggetto dei Regolamenti UE e delle Convenzioni bilaterali; le Regioni attribuiscono tali voci ai bilanci delle Aziende sanitarie locali.

Al fine di applicare il disposto del D.Lgs. n. 502/92, è intervenuto il DPR 24 novembre 2017 n. 224 che disciplina le modalità applicative, le procedure contabili e le competenze di natura amministrativa ed 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 rimandando all'adozione di un regolamento sulle modalità operative da adottare.

Il tavolo di lavoro inter-istituzionale Stato – Regioni istituito 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 internazionale ha concluso i lavori e l'Accordo è stato approvato nel mese di maggio 2022 riassumendo regole contabili e normative in applicazione dei Regolamenti europei e successive Decisioni S1 (riguardante la tessera europea di assicurazione e malattia), S11 (riguardante le procedure di



rimborso al costo effettivo ed a forfait mensile), S6 (concernente l'iscrizione nello Stato membro di residenza e la compilazione degli inventari).

Sono stati così definiti puntualmente i compiti del Ministero, delle Regioni e delle Aziende sanitarie e le modalità per il monitoraggio delle attività di fatturazione attiva e passiva rendicontate attraverso il sistema NSIS ASPE "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" che le Aziende sanitarie implementano con il caricamento delle fatture a credito e la verifica di quelle a debito secondo le tempistiche stabilite. L'Accordo è stato recepito con DGR n. 700 del 5 maggio 2023

Dal 1° luglio 2019 le Aziende inoltre utilizzano la rete telematica di interscambio di informazioni di sicurezza sociale in Europa (EESSI)/RINA per quanto riguarda lo scambio della modulistica attestante il diritto all'assistenza oltre che per eventuali altre esigenze di informazioni tra Istituzioni competenti e Casse estere ai sensi dell'articolo 4 del Reg. CE 987/2009. 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.

In prospettiva la piattaforma italiana RINA – EESSI includerà anche la piattaforma relativa alle fatturazioni tra Paesi (oggi ASPE) pertanto la Regione e le Aziende saranno coinvolte su iniziativa ministeriale nelle attività di formazione e sperimentazione già avviate in fase preliminare nel corso del 2022.

Le Aziende sanitarie curano l'organizzazione degli Uffici dedicati alla mobilità internazionale che, 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 nel rispetto dei Regolamenti Comunitari che della Direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

#### **13.2.4 Fondo assicurativo**

Nelle quote relative all'ulteriore fabbisogno è previsto ed assegnato ad ARCS il finanziamento 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.

In continuità con i principi consolidati di responsabilizzazione delle Aziende sanitarie alla corretta gestione del rischio clinico e tenendo in considerazione che il riassetto aziendale del SSR, conseguente all'applicazione della legge regionale 27/2018, comporta una necessaria revisione dei criteri di riparto finora utilizzati, l'eventuale eccedenza tra l'accantonamento necessario all'adeguamento del Fondo rischi per franchigia assicurativa, determinato come sopra descritto, e il finanziamento all'uopo finalizzato, verrà ripartito fra le Aziende del SSR, così come costituite in data 01/01/2020, sulla base della compartecipazione percentuale al rischio probabile generato.

#### **13.2.5 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.

### **13.2.6 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.

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.

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

In continuità con l'attività svolta negli esercizi precedenti, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità proseguirà anche nel 2024 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.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ha impartito, nel corso del 2021, indicazioni circa la corretta contabilizzazione delle poste di debito e credito degli Enti del SSR nei rapporti finanziari di parte corrente con la Regione.

### **13.2.8 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. Di un tanto verrà chiesto di dare evidenza nell'ambito dei report trimestrali di cui all'articolo 57 della legge regionale 22/2019 e s.m.i.

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, che prevede che:

1. la scadenza automatica del pagamento è 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.

Nell'ambito dei report periodici di cui all'art. 44 della legge regionale 26/2015 verrà richiesto agli enti del SSR di dare evidenza del corretto allineamento e dello smaltimento dello stock di debito rilevato dalla PCC e riferito agli esercizi pregressi.

### **13.2.9 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).

Per agevolare in termini temporali le attività di controllo e verifica poste in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, gli Enti del SSR trasmettono i propri provvedimenti di adozione dei bilanci d'esercizio preventivi e consuntivi, nonché dei report trimestrali ex articolo 44 della legge regionale 26/2015,

come novellato dall'articolo 47 della legge regionale 22/2019 e s.m.i. anche alla Direzione centrale medesima, oltre all'ARCS, corredando detto invio dai relativi documenti in formato editabile.

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

In continuità con quanto avvenuto negli esercizi precedenti, nel corso del 2024 la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, con il supporto dell'ARCS, promuoverà nei confronti dei responsabili della gestione economico-finanziaria delle Aziende del SSR incontri tematici volti ad agevolare il confronto, il raccordo e l'analisi delle modalità di predisposizione dei report ministeriali, dei rendiconti infrannuali ex articolo 44 della legge 26/2015 e s.m.i., come novellato dall'articolo 57 della legge regionale 22/2019 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..

L'ARCS, al fine di fornire adeguato supporto alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nelle rispettive attività di controllo e verifica rende disponibile alla predetta Direzione centrale il consolidamento della reportistica ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., come novellato dall'articolo 57 della legge regionale 22/2019 e s.m.i., entro 30 gg. dalla scadenza dei termini di cui al comma 3 della medesima disposizione.

### **13.2.11 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 2024, 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 56.600.000,00, 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), ferma restando la possibilità di eventuali riduzioni delle quote assegnate, in considerazione dei dati sull'occupazione rilevati in corso d'anno attraverso il gestionale SIRA FVG.

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 4.000.000,00-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 2024, 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 2023.

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

Le risorse da destinare alle attività di riabilitazione estensiva ex art. 26 L. 833/78. per l'anno 2024 ammontano complessivamente a euro 14.450.184,00.

Come previsto dalla L.R. 16/2022 all'articolo 17, comma 9 è stato istituito il Fondo sociosanitario per la disabilità (ammontante 48.425.816,00 €), che trova la sua applicazione nella DGR 1914/23 "Linee di indirizzo per la programmazione e l'utilizzo del Fondo sociosanitario per la disabilità, di cui all'articolo 17, comma 9 della legge regionale 14 novembre 2022, n. 16, e costituisce il finanziamento da attribuire alle Aziende per il sostegno dei servizi e interventi di tipo residenziale e semiresidenziale, terapeutico riabilitativi e socioriabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo (art. 17, co. 1 della LR 16/2022), e rappresenta sostanzialmente la riconversione in chiave LEA delle risorse dell'ex articolo 20 della LR 41/1996. (delibera preliminare che va in definitiva questo venerdì).

#### **FINANZIAMENTO ATTIVITÀ RIABILITATIVE RIVOLTE A MINORI E ADULTI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE E DI DIPENDENZA PATOLOGICA**

Le risorse disponibili per le convenzioni e i contratti per le attività riabilitative nell'area della salute mentale, rivolte a minori, con particolare riferimento all'adolescenza, e agli adulti, sono orientate alla personalizzazione dei progetti e alla cogestione con il Terzo Settore, secondo le disposizioni in materia sociosanitaria della L.R.22/2019, con particolare riferimento agli artt 7, 8, 9 e 10 e al relativo impiego della metodologia del budget di salute.

Per il 2024 il finanziamento "Salute mentale minori-Programmi riabilitativi in cogestione con il Terzo Settore" transita dalle linee di finanziamento sovraziendali del 2023 (linea 16) alle prestazioni di integrazione sociosanitaria, con un incremento complessivo di € 197.022,72, specificatamente orientato al supporto di progetti personalizzati per l'inserimento in programmi diurni di tipo collettivo, integrati con il territorio e cogestiti con il Terzo Settore.

Nell'area delle dipendenze, il finanziamento per convenzioni/contratti è incrementato con riguardo all'aggiornamento delle tariffe effettuato con DGR 548/2023 per la copertura degli oneri relativi agli accordi contrattuali con le Comunità terapeutiche operanti in regione. Le altre due voci corrispondono alle poste c.d sovra-aziendali 2023 n. 9 e n. 38 che vengono portate a regime. La posta dedicata ai programmi di abilitazione/riabilitazione con budget di salute - che beneficia di un incremento di 100.000,00 euro, ripartito fra le aziende tenendo in considerazione i fabbisogni rappresentati dai Servizi e gli impieghi della corrispondente posta di spesa per il 2023 – è a supporto finanziario della personalizzazione dei progetti mediante interventi alternativi all'inserimento in struttura, per le finalità e secondo i dettami della normativa sopra richiamata.

## 14. EROGAZIONI FINANZIARIE PROVVISORIE 2024

Nelle more della definizione della programmazione annuale 2024 e delle relative risorse, al fine di salvaguardare operatività e regolare funzionamento degli Enti del Servizio sanitario regionale è stata autorizzata, con deliberazione di Giunta regionale n. 2117 del 29 dicembre 2023, l'erogazione, in via provvisoria e salvo conguaglio, delle quote mensili del finanziamento di parte corrente agli Enti del S.S.R. e delle quote destinate alla ricerca degli IRCCS .

Pertanto, fino all'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2024 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la Struttura competente è autorizzata ad assegnare ed erogare, in via provvisoria e salvo conguaglio, quote mensili agli Enti del Servizio sanitario regionale, calcolate in analogia al riparto del Fondo sanitario nazionale dove i valori annuali della mobilità extraregionale di competenza dell'esercizio vengono computati con un meccanismo che prevede l'applicazione sull'esercizio di una quota in acconto stimata, conguagliata una volta disponibili i dati definitivi. Conseguentemente, nella quantificazione delle quote mensili provvisorie di finanziamento indistinto sono computati i valori della mobilità interregionale di competenza dell'esercizio, attraverso l'applicazione sull'esercizio di una quota di acconto stimata pari alla quota di finanziamento regionale dell'anno precedente.

È stata, inoltre, autorizzata l'erogazione provvisoria e salvo conguaglio agli IRCCS, in un'unica soluzione, del 50% della quota del finanziamento finalizzato regionale extra fondo vincolata alla ricerca.

Nelle tabelle sotto riportate sono esposte le quote mensili del finanziamento indistinto di parte corrente e le quote destinate alla ricerca degli IRCCS, autorizzate per l'erogazione provvisoria e salvo conguaglio:

Ente	Finanziamento indistinto e funzioni + mobilità Ex DGR 1964/2023	Erogazione mensile gen - nov	Erogazione dicembre a conguaglio
205_AS FO	457.959.416,00	38.163.284,00	38.163.292,00
206_ASU FC	1.031.519.740,03	85.959.978,00	85.959.982,03
207_ASU GI	721.150.684,23	60.095.890,00	60.095.894,23
901_BURLO	46.039.899,06	3.836.658,00	3.836.661,06
902_CRO	58.409.587,69	4.867.465,00	4.867.472,69
960_ARCS	20.782.978,00	1.731.914,00	1.731.924,00
<b>TOTALE</b>	<b>2.335.862.305,01</b>	<b>194.655.189,00</b>	<b>194.655.226,01</b>

AZIENDA	CONTRIBUTI FINALIZZATI DA REGIONE EXTRA FONDO VINCOLATI A RICERCA IRCCS	Erogazione quota 50%
901_BURLO	9.297.000,00	4.648.500,00
902_CRO	9.297.000,00	4.648.500,00
<b>TOTALE</b>	<b>18.594.000,00</b>	<b>9.297.000,00</b>

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE