

ALLEGATO ALLA DELIBERA N 321 DELL'11MARZO 2022

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2022**

Sommario

PREMESSA.....	5
LO SCENARIO E IL PNRR	5
LINEE DI GESTIONE– OBIETTIVI STRATEGICI O A GESTIONE PRIORITARIA.....	8
A. GESTIONE DELL’EMERGENZA COVID	8
B. RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI	9
B.1 Rete oncologica regionale	10
B.2 Governo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali – coordinamento, integrazione informativa e oneri di valutazione	13
B.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore.....	13
C. LISTE D’ATTESA E GOVERNO DELLA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI EXTRAREGIONALI	14
C.1 Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	14
C.2 Contenimento dei tempi di attesa dell’erogazione delle prestazioni sanitarie	16
D. NUOVA DEFINIZIONE DELLE FUNZIONI, RIORGANIZZAZIONE E SVILUPPO TERRITORIALE IN ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA.....	20
D.1 Linee generali di riorganizzazione	20
D.2 L’attuazione del PNRR – Missione 6 (<i>Salute</i>), Componente 1: Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità	20
D.3 Attuazione del PNRR e vincoli per la definizione dei fabbisogni di personale per il rafforzamento dell’assistenza territoriale	24
D.4 Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell’assistenza domiciliare	25
E. INDICATORI D’ATTIVITÀ E DI ESITO E OBIETTIVI D’ASSISTENZA.....	28
E.1 Indicatori LEA - CORE	28
E.2 Altri indicatori di attività	30
LINEE DI GESTIONE – ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO	32
1 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA’ PUBBLICA	32
1.1 Il Piano regionale della prevenzione 2021 -2025	32
1.2 Programmi di screening	35
1.3 Rete HPH	38
1.4 Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	39
1.5 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria.....	40
1.6 Miglioramento Sorveglianze	42
2 ASSISTENZA TERRITORIALE	42
2.1 Assistenza primaria	42
2.2 Disturbi dello Spettro Autistico	44
2.3 Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	44
2.4 Sanità penitenziaria.....	45

2.5	Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale	46
2.6	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	46
2.7	Salute mentale	47
2.8	Odontoiatria pubblica	47
2.9	Emergenza urgenza territoriale.....	48
3	INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	49
3.1	Non autosufficienza	49
3.2	Anziani.....	51
3.3	Disabilità.....	53
3.4	Minori.....	55
3.5	Salute mentale	55
3.6	Dipendenze	56
3.7	Integrazione con la programmazione sociale.....	58
3.8	Area Welfare	59
3.9	Consultori familiari - attività socio sanitaria -	62
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	63
4	ASSISTENZA OSPEDALIERA	65
4.1	Indicatori di attività	65
4.2	Trapianti e donazioni.....	67
4.3	Infertilità.....	67
4.4	Percorso nascita	68
4.5	Pediatria	68
4.6	Sangue ed emocomponenti	68
5	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E ACCREDITAMENTO.....	69
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	69
5.2	Accreditamento.....	70
6	ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA.....	71
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	71
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	72
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	72
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari.....	73
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita.....	74
6.6	Attività centralizzate – ARCS	74
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali.....	76
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	77
6.9	Farmacovigilanza.....	78
6.10	Assistenza integrativa.....	79
7	SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY	79
7.1	PNRR - Digitalizzazione.....	80
7.2	Sistema informativo dei distretti.....	80
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	80

7.4	Sistema informativo clinico	81
7.5	Rinnovo sistemi informativi	81
7.6	Ricetta dematerializzata	81
7.7	Sicurezza asset informatici	81
7.8	Privacy in Sanità	82
7.9	PACS	82
8	FLUSSI INFORMATIVI	83
9	GLI INVESTIMENTI	84
9.1	Progettualità PNRR	84
9.2	Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID	87
9.3	Stanziamanti in conto capitale per il triennio 2022-2024	88
9.4	Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti	90
9.5	Altre disposizioni	90
10	LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	91
10.1	Quadro di riferimento	91
10.2	Misure previste dalla Legge 30 dicembre 2021, n.234: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" e dal Decreto Legge 30 dicembre 2021, n.228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"	96
10.3	Formazione continua ed ECM	96
11	LE RISORSE FINANZIARIE	103
11.1	Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2022	103
11.2	Finanziamento per popolazione e per funzioni	103
11.3	Gestione attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. sovraziendali)	108
11.4	Finanziamenti statali 2022	113
12	LE REGOLE GESTIONALI	113
12.1	Vincoli gestionali	113
12.2	Regole metodologiche di gestione	117
12.3	Erogazioni provvisorie di quote di finanziamento per l'esercizio 2022	125
12.4	Normativa da applicarsi alla procedura di approvazione del piano attuativo degli Enti: richiamo	126

PREMESSA

Le presenti Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2022 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 attribuito dalla legge regionale 30 dicembre 2021, n. 25 (Bilancio di previsione per gli anni 2022-2024) nonché i vincoli e le regole di gestione.

LO SCENARIO E IL PNRR

La perdurante pandemia di SARS-CoV-2, diffusasi a partire dal 2020, continua a condizionare, e condizionerà anche nell'anno 2022, le attività imponendo priorità organizzative e di obiettivi indirizzate al contenimento e alla gestione sanitaria della pandemia con attuazione delle misure straordinarie, richieste dallo stato emergenziale appena prorogato dal Governo a tutto il mese di marzo 2022 con decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221. La campagna vaccinale straordinaria di contrasto all'epidemia da COVID-19 prosegue anche nel Friuli Venezia Giulia secondo quanto prevede il Piano vaccinale COVID-19 del 16 dicembre 2020, così come modificato dalle *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19* del 10 marzo 2021, così come continua la progressiva attuazione del Piano straordinario per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 e di quello di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale (delibere della Giunta regionale nn. 1224 del 7.8.2020, 1369 dell'11.9.2020 e 1568 del 23.10.2020). L'obiettivo del S.S.R., pertanto, anche per il 2022 continua ad essere quello di assicurare le attività e lo sviluppo del Sistema sanitario regionale richiesti dal contrasto alla pandemia, operando allo stesso tempo per garantire livelli adeguati di erogazione dei servizi a soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza indicati dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*).

In tale prospettiva di azione e di contesto assume importanza strategica il progressivo sviluppo del sistema di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dal Governo e approvato dall'Unione Europea presentato nell'anno 2021.

Le linee di sviluppo del sistema si presentano, peraltro, ancora in corso di progressiva definizione, sia in termini di risorse che di modalità implementativa. Appare, infatti, ancora da concordare nei dettagli il testo definitivo del decreto del Ministro della salute di ripartizione delle risorse comunitarie e nazionali destinate all'attuazione del PNRR, La Conferenza Stato-Regioni, infatti, nella seduta del 16 dicembre 2021 ha sancito un'intesa non piena, ma condizionata, sullo schema dell'ipotesi di decreto governativo recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari PNRR, e tra i punti ancora da concordare si pone quello delle modalità di accesso alle risorse da parte delle Regioni (anticipazione diretta ovvero accesso al finanziamento da parte della Regione solo ad avvenuta sottoscrizione del richiesto Contratto Istituzionale di Sviluppo tra Regione e Ministero).

In parallelo, il lavoro collaborativo portato avanti da AGENAS e Regioni sta progressivamente dando forma ai modelli organizzativi e delineando gli standard operativi ed economici necessari a dare concretezza e indirizzo

all'attuazione da parte delle Regioni dei principi della riforma del sistema dell'assistenza territoriale, per un rafforzamento di tale sistema che anche la pandemia ha evidenziato in tutta la sua necessità ed urgenza, anche se la misura dell'eventuale incremento della spesa per il personale da potenziare tale rafforzamento è vincolata alla disponibilità della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale che AGENAS deve adottare entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge di bilancio per il 2022 (così la legge 30 dicembre 2021, n. 234, all'art. 1, c. 269).

La Direzione centrale salute, nelle more della definizione dei predetti standard a cura di AGENAS, ha provveduto a effettuare una ricognizione del potenziale fabbisogno di personale da acquisire per l'attuazione del PNRR a regime, che di seguito si rappresenta:

	n. strutture-moduli	posti letto	target
Case delle Comunità <i>hub</i>	21	\	\
Case delle Comunità <i>spoke</i>	31	\	\
ADI e infermiere di comunità		\	5.5% VS 10% > 65
Centrale operativa regionale 116-117	1		
Centrali Operative Territoriali *	12	\	\
Ospedali di Comunità da conversione RSA		438	\
Ospedali di Comunità <i>ex novo</i>		44	\
UCA	12	\	\
Hospice da DGR <i>Funzioni</i> (completamento)		55	\
SUAP da DGR <i>Funzioni</i> (completamento)		43	\
Totale FVG			

	infermieri (unità)	OSS (unità)	personale altro** (unità per CdC e COT)	personale altro** (in ore) per Hospice e SUAP	Medici (unità)	assistenza medica (in ore)
Case delle Comunità <i>hub</i>	\	\	112	\	\	194.688
Case delle Comunità <i>spoke</i>	\	\		\	\	
ADI e infermiere di comunità	\	\	\	\	\	\
Centrale operativa regionale 116-117	10		10			
Centrali Operative Territoriali *	16	16	\	\	\	\
Ospedali di Comunità da conversione RSA	\	\	\	\	\	\
Ospedali di Comunità <i>ex novo</i>	20	12	4	\	3	3.276
UCA	12	\	\	\	12	\
Hospice da DGR <i>Funzioni</i> (completamento)	66	27	\	3.345	\	6.691
SUAP da DGR <i>Funzioni</i> (completamento)	28	28	\	2.615	\	5.231
Totale FVG	152	83	126	5.960	15	209.886

* Centrali Operative Territoriali = Il fabbisogno stimato da standard è pari a 96 unità (72 INF e 24 Oss).

I dati riportati rappresentano il fabbisogno al netto degli operatori oggi presenti nei PUA/PAI/SUISS

** Personale altro = personale amministrativo-tecnico-sanitario.

Il quadro di sistema e di azione non appare, pertanto, ancora definito in misura sufficiente a garantire certa stabilità alle Linee di programmazione ora in definizione. Nondimeno, le necessità di indirizzo di sistema non

permettono di differire ancora l'emanazione delle presenti linee programmatiche, pur nella consapevolezza che la loro attuale definizione richiederà in corso di gestione probabili misure di correzione determinate dal necessario adeguamento alle indicazioni nazionali di attuazione del PNRR che via via troveranno progressiva definizione.

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. GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID

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

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

La centralità dei Dipartimenti di Prevenzione nel ruolo di garanzia dei bisogni di salute è stata confermata dal diffuso bisogno di presa in carico dei soggetti positivi, *contact tracing*, sorveglianza e dalla necessità di progressivamente sempre più impegnativa attività di vaccinazione della popolazione nella prevenzione della diffusione pandemica.

Anche nel corso del 2022 le Aziende sanitarie procedono nella piena attuazione dei contenuti del Programma operativo per la gestione dell'emergenza dal COVID-19 e nell'adozione di tutte le misure necessarie a garantire il monitoraggio e la rendicontazione delle attività svolte e dei costi sostenuti, garantendo le relative attività e risultati.

Particolare impegno viene richiesto alle Aziende Sanitarie per assicurare lo svolgimento della campagna vaccinale anti SARS CoV-2 secondo le modalità previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2/COVID 19 e successive indicazioni ministeriali e regionali (tra cui le *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19* del 10 marzo 2021) assicurando la somministrazione sulla base delle indicazioni ricevute sia per quanto riguarda le categorie individuate che le modalità operative.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
ospedaliera	Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale – Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale
Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei costi sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate.
Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali
Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Assicurare gli standard di riferimento: <ul style="list-style-type: none"> - Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al <i>contact-tracing</i>: >= 1 per 10.000 ab. - Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati: >= 98%.

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

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

B. RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Le reti cliniche costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Le reti cliniche articolano e integrano l'assistenza ospedaliera e quella territoriale (art. 9, c. 5, l.r. n. 27/2018).

Il superamento della dicotomia "ospedale-territorio" e della frammentazione dei servizi territoriali passa attraverso le reti per patologia e i relativi PDTA, strumenti attraverso i quali si integrano in modo non routinario più servizi e più professionisti anche appartenenti a strutture differenti per erogare servizi sanitari e sociali, ove ci si trovi dinanzi a persone che abbiano bisogno di interventi in tal senso, contribuendo alla costruzione del Piano di presa in carico globale del paziente che può essere considerato come la base fondamentale su cui costruire il Piano assistenziale individuale (PAI).

Nel corso del 2020 ARCS ha definito e adottato il modello di governo delle Reti cliniche che prevede di

ricondere ad una gestione omogenea le modalità di attivazione e aggiornamento delle Reti e dei documenti prodotti. Il modello prevede la predisposizione di un Piano di rete per ciascuna rete entro il 30.06.2022, l'attivazione della cabina di regia e l'utilizzo di strumenti di governo, quali sistemi di monitoraggio, standard di formazione, nuclei funzionali aziendali. Tale implementazione dovrà trovare attuazione entro il 31.12.2022

All'interno di tale linea prioritaria si evidenzia la necessità di attivare, previa predisposizione di un Piano di rete, oltre alla Rete oncologica regionale, le due reti tempo-dipendenti non ancora attivate: la Rete Trauma e la Rete Neonatologia. Per la gestione di tali attività è previsto un incremento del tetto di spesa dei costi del personale di ARCS (punto 10.1.1- Costi del personale e politiche assunzionali – nel paragrafo 10- LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE).

Obiettivi ARCS	Risultato atteso
Ricognizione stato delle Reti già attivate	Evidenza dell'approvazione dei Piani di rete delle Reti attivate nel 2020 e nel 2021, inviata alla DCS entro il 31.08.2022 unitamente ad informazioni su: - composizione e attività già svolta dalla Cabina di regia; - attività di formazione dei nuclei funzionali aziendali svolta. Report sullo stato di implementazione dei Piani di rete e sullo stato di gestione della rete (secondo quanto previsto dai sistemi di monitoraggio descritti nei suddetti Piani) inviato alla DCS entro il 31.12.2022
Rete Trauma	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete inviata alla DCS entro il 31.10.2022. Predisposizione e invio alla DCS entro il 31.05.2022 di un documento contenente valutazioni sintetiche, relativamente ad almeno cinque PDTA tra quelli valutati più rilevanti per la rete, in merito a fattibilità e tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire. Predisposizione del PDTA a maggior rilevanza, selezionato in aderenza agli indirizzi impartiti dalla DCS tra i cinque analizzati, e sua trasmissione alla DCS e agli Enti sanitari entro il 31.12.2022
Rete Neonatologia	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete inviata alla DCS entro il 31.10.2022. Predisposizione e invio alla DCS entro il 31.05.2022 di un documento contenente valutazioni sintetiche, relativamente ad almeno cinque PDTA tra quelli valutati più rilevanti per la rete, in merito a fattibilità e tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire. Predisposizione del PDTA a maggior rilevanza, selezionato in aderenza agli indirizzi impartiti dalla DCS tra i cinque analizzati, e sua trasmissione alla DCS e agli Enti sanitari entro il 31.12.2022
Aggiornamento del PDTA ictus relativamente al percorso post acuto del paziente	Formalizzazione del documento e sua trasmissione alla DCS entro il 31.12.2022

B.1 Rete oncologica regionale

Come previsto dall'Allegato 2 alla DGR n. 2049 del 29 novembre 2019, ARCS deve garantire, tra le altre attività di governo della Rete Oncologica Regionale (ROR), la programmazione strategica, attraverso la predisposizione di un Piano della Rete Oncologica, riferimento per le indicazioni organizzative e le azioni

nel settore, come previsto dall'Atto di Intesa Stato Regioni CSR/59 del 17.4.2019.

Il Piano di rete prevede, sempre ai sensi della citata Intesa:

- Il censimento delle strutture sul territorio per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei tumori, specificandone le risorse umane e tecnologiche;
- la definizione di un team multidisciplinare/multiprofessionale a livello regionale per ciascuna tipologia di tumore, che dovrà formulare una proposta di PDTA;
- i centri di riferimento per ciascun diverso tipo di tumore sulla base dei criteri prefissati con deliberazione di Giunta regionale, con riferimento a volumi ed esiti;
- la definizione di processi adeguati a garantire l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera, i servizi territoriali, i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta per le attività di screening, prevenzione primaria, diagnosi, cure primarie, assistenza domiciliare, follow-up e cure palliative;
- la definizione di un sistema informativo di rete funzionale alla presa in carico integrata dell'assistito;
- le modalità di comunicazione e informazione alla cittadinanza per l'accesso alla rete, anche attraverso una Carta dei servizi;
- i meccanismi di valorizzazione economica per percorso diagnostico-terapeutico, incentivando la collaborazione tra le aziende sanitarie;
- le modalità di incentivazione della ricerca di rete;
- un piano di formazione di rete;
- un piano di governance della farmaceutica di rete;
- le modalità di coinvolgimento e partecipazione di operatori, cittadini e terzo settore nella rete;
- le modalità per l'integrazione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali;
- un sistema di valutazione della performance di rete.

La definizione del Piano di rete e la sua attuazione operativa seguono una logica di progressivo miglioramento nel rispetto degli indirizzi che vengono forniti dalla DCS.

Obiettivi ARCS	Risultato atteso
Rete oncologica regionale	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete inviata alla DCS entro il 31.12.2022. Predisposizione e invio alla DCS entro il 31.05.2022 di un documento contenente valutazioni sintetiche, relativamente ad almeno cinque PDTA tra quelli afferenti ai tre tipi di patologie neoplastiche più rilevanti tra la popolazione regionale, in merito a fattibilità e tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire. Predisposizione di due tra i PDTA a maggior rilevanza, selezionati in aderenza agli indirizzi impartiti dalla DCS tra i cinque analizzati, e loro trasmissione alla DCS e agli Enti sanitari entro il 31.12.2022.
Rete regionale dei Centri di Senologia	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete (o secondo diversa terminologia di ARCS filiera) o di equivalente struttura organizzativa e di coordinamento ,inviata alla DCS entro il 31.08.2022. Predisposizione della proposta di PDTA della mammella entro il 31.12.2022.

B.1.1 Oncologia di precisione e adeguamento alla normativa nazionale

Per il potenziamento della medicina di precisione la legge 29 dicembre 2021, n. 233 (in sede di conversione del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, con l'inserimento nel suo articolo 8 dei commi 1-bis, 1-ter e 1-quater) ha previsto l'avvio delle attività finalizzate all'istituzione dei *Molecular Tumor Board* (MTB) nell'ambito delle reti oncologiche regionali e all'individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa *Next generation sequencing (NGS)* da parte di ogni regione.

Ogni regione per procedere nelle attività richieste e per dare vita agli MTB (organismi multidisciplinari di esperti per la diagnosi genomica e la personalizzazione terapeutica di cura di patologie oncologiche), dovrà recepire e adeguarsi alle regole che saranno fissate dal Ministero della Salute con proprio decreto, su proposta Agenas e previa Intesa da adottarsi in Conferenza Stato-Regioni, in merito a:

- criteri, modalità e procedure per l'istituzione dei Molecular Tumor Board nell'ambito delle reti oncologiche regionali;
- criteri, modalità e procedure per l'individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS);
- compiti e regole di funzionamento degli MTB;
- modalità e termini per la raccolta dei dati relativi ai risultati dei test per la profilazione genomica NGS eseguiti dai centri specialistici.

In attesa che si definiscano e siano emanate le regole nazionali a cui le Regioni dovranno conformarsi e i compiti che dovranno essere svolti dagli MTB regionali, risulta fin da ora necessario procedere alla preventiva attività conoscitiva e di ricognizione delle eventuali attività collegate alla medicina di precisione per patologie oncologiche in corso di svolgimento o programmate presso Enti del SSR e delle risorse allo stato impiegate, o impiegabili, in tali attività. L'esame di tale attività deve essere accompagnato da una valutazione da svolgersi in modo comparativo - anche con un confronto con altre realtà regionali - sulla base dei criteri di appropriatezza delle attività, in svolgimento o programmabili, e in relazione alle caratteristiche qualitative e produttive, in atto o sviluppabili, delle risorse degli Enti impiegate o impiegabili nell'attività. Nell'analisi da svolgersi, peraltro, deve necessariamente considerarsi anche l'eventuale opportunità di attivare collaborazioni con realtà operative di altre regioni allo scopo di elevare le potenzialità operative di gestione delle attività di miglior gestione economica delle attività.

Successivamente all'emanazione del decreto ministeriale regolativo dell'attività, sarà necessario procedere, entro 90 giorni, all'istituzione degli MTB e all'individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test assicurando – secondo quanto ricordato espressamente dal comma 1-ter dell'art. 8 del d.l. n. 152/2021 - la **parità di accesso e di trattamento delle attività nonché la multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà del MTB.**

Obiettivi	Risultato atteso
Svolgimento di preventiva attività conoscitiva e di ricognizione delle eventuali attività collegate alla medicina di precisione per patologie oncologiche in corso di svolgimento o programmate presso Enti del SSR e delle risorse allo stato impiegate, o impiegabili, in tali attività, con una valutazione da svolgersi in modo comparativo sulla base di criteri di appropriatezza delle attività, in svolgimento o programmabili, e in relazione alle caratteristiche qualitative e produttive, in atto o sviluppabili, delle risorse degli Enti impiegate o impiegabili nell'attività.	ARCS acquisisce le informazioni necessarie dagli Enti del SSR ed effettua l'attività conoscitiva e ricognitiva inviando entro il 15 aprile 2022 alla DCS una relazione dettagliata con gli esiti di tali attività; la relazione deve contenere specifiche valutazioni, anche comparative, sull'appropriatezza, adeguatezza e efficienza delle attività già in svolgimento presso gli Enti nonché delle risorse impiegate, o impiegabili in un'ottica di programmato sviluppo, da parte degli Enti del SSR per tali attività.

Obiettivi	Risultato atteso
Elaborazione di un documento contenente la proposta motivata, in termini operativi ed economici, di istituzione, disciplina e funzionamento del <i>Molecular Tumor Board</i> regionale, di individuazione del centro specialistico, o dei centri specialistici, per l'esecuzione di test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS) e di gestione dei rapporti operativi e funzionali tra tali organismi, anche proponendo più ipotesi operative, che possono contemplare anche la disponibilità di funzionalità, del MTB e dei centri specialistici, da garantirsi eventualmente per mezzo di rapporti collaborativi con altre regioni.	ARCS trasmette alla DCS il documento con la proposta entro 60 giorni dall'emanazione del decreto del Ministero della Salute di cui all'art. 8, comma 1- <i>bis</i> , del d.l. n. 152/2021

B.2 Governo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali – coordinamento, integrazione informativa e oneri di valutazione

La definizione e la modifica delle reti cliniche e dei sottesi percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali richiedono attento coordinamento, governo e controllo all'interno degli indirizzi di pianificazione e programmazione del Sistema sanitario regionale, richiedendo adeguata e funzionale integrazione informativa tra gli organi di governo del sistema regionale sanitario.

ARCS, nell'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo su reti cliniche e governo clinico regionale affidate dall'art. 4, c. 4, lett. c), punti 1 e 2, della l.r. n. 27/2018, fornisce alla Direzione Centrale Salute adeguate informazioni sulle attività programmate e in corso per agevolare l'esercizio delle funzioni di controllo e indirizzo poste in capo alla DCS, anche al fine di rendere possibile l'informata partecipazione della DCS alle attività valutate rilevanti dalla DCS ai fini dell'esercizio delle proprie funzioni, in particolare con riguardo alla definizione delle linee guida per la gestione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nonché di definizione e gestione delle reti cliniche, anche nei profili di informatizzazione dei processi.

Nella definizione o ridefinizione dell'organizzazione e di indicazione delle linee guida e protocolli da applicare per la gestione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nonché per la gestione delle reti cliniche ARCS è tenuta ed elaborare e esprimere nella sua attività motivata e documentata valutazione di misura dell'eventuale maggior impatto economico, in termini di economicità ed appropriatezza, sui cambiamenti elaborati prima della loro approvazione, in modo analitico almeno per ognuna delle seguenti componenti di costo: personale, farmaceutica, dispositivi medici.

B.3 Rete Cure palliative e terapia del dolore

In coerenza con la LR 27/2018, la rete Cure palliative e terapia del dolore è ricondotta all'interno del coordinamento di ARCS secondo il modello di governo delle reti cliniche, con attuazione primariamente finalizzata alla redazione dell'ipotesi di definizione del Piano di rete. In tale definizione prioritaria attenzione è posta al rispetto degli standard strutturali e di dotazione organizzativi minimi richiesti dalla legge n. 38/2010 e successive Intese Stato Regioni attuative, così come va salvaguardata l'esigenza funzionale della reperibilità algologica H24, anche con modelli organizzativi innovativi.

Anche nel 2022 l'impegno delle Aziende sul versante della terapia del dolore è orientato ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alla prima visita algologica da un lato tramite la rimodulazione dell'offerta, rendendola più congrua ai bisogni della popolazione, dall'altro attraverso il potenziamento del governo della domanda e dell'appropriatezza prescrittiva. In considerazione anche della persistenza

dell'epidemia di COVID 2019, va incrementato l'utilizzo delle piattaforme di teleassistenza/telemedicina a disposizione delle Aziende Sanitarie, così come pure va incrementata l'integrazione con la Medicina Generale per l'assistenza agli utenti affetti da dolore cronico.

Nel corso dell'anno a tutti gli enti del SSR è richiesto di garantire lo svolgimento dell'attività di formazione in materia secondo le modalità individuate nel progetto formativo regionale. È prevista, altresì, la prosecuzione degli obiettivi di miglioramento dell'attività delle cure palliative attraverso la previsione dell'assistenza da garantire h 24, l'adozione di criteri di accesso e il rispetto di tempistiche e modalità di presa in carico e il completamento della rete dell'offerta di posti letto accreditati di hospice.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Terapia del dolore</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriata prescrizione - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale 	<p>Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019</p> <p>Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale; -Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica <p>Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite dal 2020 - almeno il 5% delle prestazioni autorizzate.</p> <p>I Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia analgesica ospedaliera e la medicina generale.</p>
<p>Cure palliative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decessi a domicilio - Dotazione organica - Registrazione attività cliniche 	<p>Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice;</p> <p>Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR n. 1965/2021);</p> <p>Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022.</p>

C. LISTE D'ATTESA E GOVERNO DELLA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI EXTRAREGIONALI

C.1 Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale

La riorganizzazione delle attività avviata dagli enti sanitari nell'anno 2021 in attuazione delle indicazioni già presenti nelle Linee per la gestione SSR per tale anno va consolidata e sviluppata.

Ogni Ente, pertanto, deve procedere nello sviluppo dell'attività di revisione dell'organizzazione e delle modalità di svolgimento delle attività per attuare ipotesi riorganizzative utili a migliorare lo svolgimento delle attività, che partendo non solo dall'articolata strutturazione aziendale ma anche da quella degli altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno l'opportunità di costruzione e utilizzo di percorsi operativi distinti per

la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero ma anche in rapporto alle più ampie reti aziendali e regionale.

L'attività di revisione dell'organizzazione e delle modalità di svolgimento delle attività deve necessariamente continuare a porre particolare attenzione alle modalità e alla misura di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche e delle sale operatorie, con attenzione particolare alla loro gestione e agli strumenti e alle modalità di pianificazione operativa di loro utilizzo, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità. Parimenti va rivalutata l'attuale modalità gestionale e organizzativa delle apparecchiature diagnostiche, sia per un loro aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri. Come previsto dall'articolo 11 della l.r. n. 7/2009, tenuto conto delle attuali risultanze dei dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni diagnostiche, va incrementato il loro tempo di funzionamento e utilizzo, a servizio dell'utenza esterna, ma anche quale centro intermedio di servizi nell'organizzazione dell'ente.

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, anche in ragione della propria funzione di coordinamento delle reti di cura, continua ad assicurare il proprio supporto nella facilitazione di esercizio di attività congiuntamente svolte da più enti, anche predisponendo strumenti e modalità operative e contabili per procedere alla ripartizione tra gli Enti dei ricavi, e laddove necessario anche dei costi, di attività congiuntamente svolte dagli stessi enti. La stessa ARCS, esaminate le specifiche criticità esposte dai vari enti per il miglioramento delle attività, continua a proporre agli enti soluzioni operative finalizzate al miglior svolgimento delle attività nell'ambito di una collaborazione interaziendale.

Per il governo e il monitoraggio delle attività di miglioramento delle attività richiesto agli enti ARCS continua a sviluppare le funzionalità dei servizi informativi rispetto alle due direttrici di attività:

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

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022; attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui <i>supra</i> alla lettera a) - su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato <i>ex ante</i> al 31/01/2022; attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.
c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui <i>supra</i> alla lettera a) - su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato <i>ex ante</i> al 31/01/2022; attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.
d) Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	continuazione dell'attività già avviata, con riunioni da tenersi, anche nel 2022, con frequenza quindicinale.
e) Progressiva messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi e transazionali idonei alla gestione di dati e informazioni a supporto dei confronti/riunioni tenute da Direzione Centrale Salute, ARCS e Enti per il monitoraggio condiviso, coordinamento e informativa delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni.	ARCS garantisce la disponibilità di servizi informativi e transazionali funzionali alla gestione da parte degli enti delle informazioni sulle attività programmate, loro andamento e attuazione, risultati conseguiti, criticità evidenziate, conseguenti misure correttive programmate, attuazione delle misure correttive e loro esiti. I servizi richiesti sono implementati in modo progressivo in collaborazione con il Servizio della DCS competente per i servizi informativi e per la gestione di tali servizi per mezzo della controllata INSIEL.

C.2 Contenimento dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie

Agli enti è richiesto il rispetto del rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo, rivedendo l'organizzazione erogativa (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale, nonché delle RAR allo scopo stanziate. Gli enti sono tenuti a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni, fermo rimanendo il divieto di sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni *ex art.* 1, c. 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Tenuto conto del permanere dell'emergenza pandemica di COVID-19 e delle conseguenti maggiori difficoltà di gestione dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni, il Legislatore Nazionale ha reso disponibili anche per la gestione 2022 ulteriori risorse straordinarie per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate, approvando nella 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, commi dal 276 al 279). Per garantire la piena attuazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, ex dg.ll. nn. 104/2020 e 73/2021 già approvato e rimodulato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, la citata legge n. 234/2021 ha prorogato a tutto l'esercizio 2022 l'applicabilità dei commi 1 e 2 dell'art. 26 del d.l. n. 73/2021 e ha assegnato alla Regione Friuli Venezia Giulia un finanziamento aggiuntivo di Euro 10.368.081 (così alla Tabella B dell'Allegato 4 della l. 234), per il cui utilizzo la Regione è tenuta a rimodulare e ripresentare a Ministero della Salute e Ministero dell'economia e delle finanze il Piano per le liste d'attesa già adottato ex d.l. 104/2020 e successivamente aggiornato ex d.l. n. 73/2021. Sulla base del nuovo Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa rimodulato con deliberazione della Giunta regionale verrà ripartito tra gli Enti tale finanziamento per il recupero delle liste di attesa secondo gli obiettivi assegnati. Si prevede inoltre la disponibilità di specifiche e aggiuntive risorse finanziarie destinate a facilitare l'attività di incremento delle prestazioni sanitarie per le quali si manifesta una domanda che, non adeguatamente soddisfatta, dà luogo alla consistente "fuga" extraregionale, con richiesta di tali prestazioni in altre regioni. Conformemente e funzionalmente a quanto previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 1037 del 2 luglio 2021 (*Accordo triennale per il periodo 2021-2023, tra la Regione Friuli Venezia Giulia e le associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate*), sono pertanto previste due specifiche linee di attività finalizzate – c.d. "sovraziendali" –, distinte per l'attività di ricovero e per l'attività ambulatoriale, da utilizzarsi per l'acquisto di prestazioni da Strutture private accreditate all'interno di accordi contrattuali stipulati in attuazione della DGR n. 1037/2021 allo scopo di recuperare i volumi di prestazioni sanitarie oggetto di "fuga extraregionale" secondo gli indirizzi e le direttive del Servizio della DCS competente per il governo della linea di finanziamento "sovraziendale" attivata.

C.2.1 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili

Vista la circolare n. 0026081 del 18/12/2021 del Ministero della Salute– Direzione generale della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione Sanitaria e le precedenti altre circolari del Ministero della Salute al suo interno richiamate (tra cui, *in primis*, la n. 7422 del 16/03/2020 recante *Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19*) e le prestazioni sanitarie indicate come indifferibili, in applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili gli enti devono, in particolare, garantire - almeno nella misura del novanta per cento del totale per la tipologia di prestazione - nei tempi di attesa previsti l'erogazione delle seguenti prestazioni:

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

C.2.2 Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa

Come già esposto al precedente punto C.2.1 (*Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili*), le indicazioni generali impartite con la richiamata circolare n. 26081/2021 del Ministero della Salute di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili, in base a valutazione del rapporto rischio-beneficio, assegnano al Sistema sanitario nazionale e regionale una chiara e rigorosa priorità di erogazione delle tipologie di prestazione sanitaria elencate nel richiamato punto C.2.1.

Per tale ragione, sino alla cessazione delle condizioni di applicabilità delle indicazioni generali sopra citate gli Enti sono tenuti a osservare la richiamata priorità, procrastinando conseguentemente le altre prestazioni classificate con inferiore priorità dal PNGLA 2019-2021.

In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nazionale nelle Strutture sanitarie le attuali vigenti indicazioni ministeriali saranno sicuramente oggetto di revisione da parte dello stesso Ministero della Salute (così come già accaduto in passato rispetto alla circolare ministeriale n. 7422 del 16/03/2020 con la successiva n. 0011408-01/06/2020 recante *Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19*), così come lo stesso potrà realizzarsi qualora, a differenza di quanto si verifici in altre regioni, l'andamento della gestione pandemica in Friuli Venezia Giulia sia tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie. In tale caso dovranno essere adottate adeguate misure organizzative in linea con le specifiche indicazioni operative già fornite in passato dal Ministero della Salute per la riduzione del rischio sanitario potenzialmente collegato all'erogazione delle prestazioni differibili, pur in permanenza di una gestione pandemica da Covid-19. In tale eventualità e in presenza del richiamato positivo rapporto costi-benefici nell'erogazione della prestazione riprenderanno vigore - dal mese successivo al verificarsi del miglioramento delle condizioni operative - gli obblighi di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni nella misura di garanzia prevista dal PNGLA 2019-2021 e dal conseguente Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021 anche per le prestazioni sanitarie erogabili in classi di priorità diverse da quelle già regolate dal precedente punto C.2.1:

Obiettivo	Risultato atteso
<p>In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie: recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 - per periodo di pari durata - ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20 Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>
<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie: recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>

C.2.3 Monitoraggio stato delle attività di prenotazione delle prestazioni

In attuazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 282, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e richiamato al punto 6.4.1 del PNGLA 2019-2021, è prevista un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione. Per il miglioramento dei sistemi di controllo sussiste l'esigenza di automatizzare tale controllo per mezzo di appositi servizi informatici funzionali all'informazione e al governo aziendale e regionale dello stato di effettiva prenotabilità delle prestazioni sanitarie rientranti nell'ambito di garanzia del PNGLA 2019-2021 presso gli Enti.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>ARCS elabora e presenta alla DCS una proposta di ridefinizione di struttura e requisiti funzionali dei servizi informativi necessari alla rappresentazione analitica dello stato delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito di garanzia del PNGLA 2019-2021 presso il Sistema sanitario regionale (tra cui prenotabilità, volumi in attesa e data ultima erogazione programmata per ogni tipologia di prestazione) al fine di permettere il successivo sviluppo, in manutenzione evolutiva, dei necessari servizi informatici, da rendere accessibili e utilizzabili dagli Enti per il monitoraggio delle proprie attività e alla DCS e ad ARCS per il monitoraggio delle attività degli Enti e del SSR.</p>	<p>Trasmissione da parte di ARCS alla DCS entro il 31 marzo 2022 della proposta di ridefinizione di struttura e requisiti funzionali dei servizi informativi necessari alla rappresentazione analitica dello stato delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie</p>

D. NUOVA DEFINIZIONE DELLE FUNZIONI, RIORGANIZZAZIONE E SVILUPPO TERRITORIALE IN ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

D.1 Linee generali di riorganizzazione

Il testo definitivo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) trasmesso ufficialmente alla Commissione europea dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 30 aprile 2021 ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 e approvato definitivamente con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021 e i contenuti delle schede di dettaglio allegate a tale Piano richiedono al Sistema sanitario regionale di modificare e adeguare la pianificazione e la programmazione regionale attuativa in attuazione del PNRR, e ciò sulla base delle nuove linee di indirizzo, criteri e nuovi standard organizzativi dell'assistenza territoriale e ospedaliera che saranno adottati in attuazione del Patto per la Salute 2019-2021.

La DGR 1446/2021 (*LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale*), rettificata dalla n. 1965/2021 (*LR 22/2019. DGR 1446/2021 Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale. Rettifica errori materiali*) enuclea i principi riorganizzativi generali a cui gli enti devono dare concreta e progressiva attuazione nella necessaria attività di cambiamento organizzativo, fermo rimanendo che il richiesto cambiamento delle attuali strutture organizzative degli enti potrà concretamente definirsi solo dopo che i nuovi standard e criteri organizzativi saranno disponibili e che sulla base degli stessi sarà operabile una adeguata redistribuzione delle risorse, soprattutto umane, rispetto alle nuove strutture organizzative richieste.

Le aziende territoriali del Servizio sanitario regionale implementano progressivamente, a partire dal 2022, il modello descritto dalla DGR 1446/2021, come successivamente rettificata dalla DGR 1965/2021, accompagnando l'utilizzo delle risorse del PNRR con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, imperniata sull'integrazione tra servizi e professionisti con fulcro nelle Case della comunità, punto di accesso e di erogazione di servizi sanitari e sociali di prossimità.

Fondamentale strumento per la presa in carico integrata e la transizione tra livelli assistenziali e setting di cura, tra cui sono compresi gli Ospedali di comunità finanziati dal PNRR, sarà la Centrale operativa territoriale (COT).

Alla luce di quanto detto, la costruzione del modello previsto dalla LR 22/2019, delineato nel PNRR, recepito e dettagliato nelle predette DGR e che dovrà trovare riscontro negli atti aziendali da approvare, deve essere accompagnata non solo dal rafforzamento delle risorse umane dedicate, ma anche e anzitutto dalla razionalizzazione e progressiva maggiore uniformità dei protocolli aziendali di presa in carico integrata sul territorio, nonché da una corrispondente ipotesi (ri)organizzativa e operativa di integrazione tra sistemi informativi e processi, funzionali a tale assetto imperniato sulla CdC come riferimento sul territorio (sul modello one stop shop) e sulla COT come strumento dell'integrazione tra professionisti e setting di cura, ivi compreso il domicilio, che della cura deve costituire il luogo privilegiato.

D.2 L'attuazione del PNRR – Missione 6 (Salute), Componente 1: Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità

Nell'ambito della Missione 6 (Salute) - Componente 1 (*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*) del PNRR gli interventi da realizzare a livello nazionale riguardano gli Investimenti: 1.1- Case della Comunità e presa in carico della persona; 1.2 -Casa come primo luogo di cura e telemedicina (sub investimenti COT, interconnessione Aziendale, Device); 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza

sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità.

Lo schema di decreto del Ministro della salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome per i progetti del PNRR e del Piano per gli Investimenti Complementari, predisposto dal Ministero della Salute ai fini dell'acquisizione dell'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, presenta per la Regione Friuli Venezia Giulia le seguenti condizioni:

- Missione 6, Componente 1 - 1.1: Target: n. 23 Case della Comunità per euro 34.256.093,22
- Missione 6, Componente 1 - 1.2: Target n. 12 COT per euro 4.090.351,76
- Missione 6, Componente 1 - 1.3: Target n. 7 Ospedali di Comunità per euro 18.685.141,76

Tali strutture vengono puntualmente definite nel PNRR:

- la Casa della Comunità come "lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici", una struttura dove "opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute" e che "potrà ospitare anche assistenti sociali", "ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento";
- le Centrali Operative Territoriali (COT) "una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza";
- l'Ospedale di Comunità quale "una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata", dotata di moduli da indicativamente 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

La DGR 1446/2021 (LR 22/2019. *Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale*), rettificata dalla DGR n. 1965/2021 (LR 22/2019. *DGR 1446/2021 Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale. Rettifica errori materiali*) ha definito le funzioni e l'organizzazione delle strutture in argomento, anche nell'articolazione territoriale delle Aziende:

- ASUGI
 - 4 Centrali operative territoriali
 - 6 Casa della comunità Hub
 - 5 Casa della comunità Spoke
 - 148 posti letto per funzioni di Ospedale di Comunità
- ASUFC
 - 5 Centrali operative territoriali
 - 9 Casa della comunità Hub
 - 14 Casa della comunità Spoke + 2 stagionali
 - 210 posti letto per funzioni di Ospedale di Comunità
- ASFO
 - 3 Centrali operative territoriali
 - 6 Casa della comunità Hub
 - 9 Casa della comunità Spoke + 1 stagionale
 - 124 posti letto per funzioni di Ospedale di Comunità

Partendo da tali dati e in funzione del raggiungimento degli obiettivi di medio e lungo termine richiesti, in particolar modo dal PNRR, sono state valutate le informazioni fornite dalle Aziende giungendo ad un elenco di strutture realizzabili nelle more delle scadenze previste dal PNRR (2026) e di quelle che, per la complessità degli interventi da realizzare, più probabilmente si protrarranno oltre tali scadenze, pur dando atto che la

ricognizione è propedeutica a successivi atti di programmazione che potranno essere predisposti a seguito di ulteriori indicazioni da parte del Livello Centrale.

Sulla base della ricognizione svolta si programma la realizzazione sul territorio regionale complessivamente di:

- 29 moduli di Ospedali di comunità
- 12 Centrali operative territoriali
- 52 Case della Comunità (di cui 3 stagionali),

il cui finanziamento è parzialmente garantito dalle risorse PNRR e in parte reperito a carico del bilancio regionale, con un'articolazione delle strutture coinvolte nella M6C1 del PNRR, anche ai fini della loro individuazione e localizzazione fisica richiesta da AGENAS, così come di seguito esposto:

	OSPEDALI DI COMUNITA' (moduli indicativamente da 20 posti letto)	
	Previsti da DGR 1446 e 1965 del 2021	di cui da finanziare con PNRR
ASFO	7 [per un totale di 124 posti letto]	2
PO Pordenone	2	
POPS Sacile	2	1
POPS Maniago	1	1
PO San Vito	1	
Area territoriale di Azzano Decimo	1	
ASUFC	12 [per un totale di 210 posti letto]	3
Area territoriale di Udine	3	
Area territoriale di Codroipo	2	1
POS Cividale	1	1
POS Gemona del Friuli	1	
PO Latisana	1	1
Area territoriale di Tarcento	1	
PO Palmanova	1	
PO San Daniele del Friuli	1	
Area territoriale di Tolmezzo	1	
ASUGI	10 [per un totale di 148 posti letto]	2
Area territoriale di Gorizia	1	1
Area territoriale di Cormons	1	1
Area territoriale di Monfalcone	2	
Area territoriale di Grado	1	
Area territoriale di Trieste	5	
Totale complessivo	29	7

	CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	
	Previste da DGR 1446 e 1965 del 2021 e tutte da finanziare PNRR	
ASFO	3	
PO Pordenone	1	
POPS Sacile	1	
PO San Vito	1	

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	
Previste da DGR 1446 e 1965 del 2021 e tutte da finanziare PNRR	
ASUFC	5
Area territoriale di Udine	1
Area territoriale di Codroipo	1
POS Cividale	1
PO Palmanova	1
Area territoriale di Tolmezzo	1
ASUGI	4
Area territoriale di Gorizia	1
Area territoriale di Monfalcone	1
Area territoriale di Muggia	1
Area territoriale di Trieste (Ospedale Maggiore)	1
Totale complessivo	12

CASE DI COMUNITÀ		
	Previste da DGR 1446 e 1965 del 2021	di cui da finanziare con PNRR
ASFO	16	5
PO Pordenone	1	
POPS Sacile	1	1
PO Spilimbergo	1	1
POPS Maniago	1	1
PO San Vito	1	1
Area territoriale di Cordenons	1	1
Area territoriale di Fiume Veneto	1	
Area territoriale di Azzano Decimo	1	
Area territoriale di Aviano	1	
Area territoriale di Brugnera	1	
Area territoriale di Casarsa della Delizia	1	
Area territoriale di Claut (stagionale)	1	
Area territoriale di Fontanafredda	1	
Area territoriale di Porcia	1	
Area territoriale di Prata di Pordenone	1	
Area territoriale di Zoppola	1	

	CASE DI COMUNITÀ	
	Previste da DGR 1446 e 1965 del 2021	di cui da finanziare con PNRR
ASUFC	25	11
Area territoriale di Udine	1	1
Area territoriale di Codroipo	1	1
POS Cividale	1	1
POS Gemona del Friuli	1	1
PO Latisana	1	1
Area territoriale di Tarcento	1	1
PO Palmanova	1	1
PO San Daniele del Friuli	1	1
Area territoriale di Tolmezzo	1	1
Area territoriale di Cervignano del Friuli	1	1
Area territoriale di Tarvisio	1	1
Area territoriale di Ampezzo	1	
Area territoriale di Buia	1	
Area territoriale di Lignano Sabbiadoro (stagionale)	1	
Area territoriale di Manzano	1	
Area territoriale di Moggio Udinese	1	
Area territoriale di Mortegliano	1	
Area territoriale di Ovaro	1	
Area territoriale di Paluzza	1	
Area territoriale di Pontebba	1	
Area territoriale di Povoletto	1	
Area territoriale di San Giorgio di Nogaro	1	
Area territoriale di Sappada (stagionale)	1	
Area territoriale di Tavagnacco	1	
Area territoriale di Zugliano	1	
ASUGI	11	7
Area territoriale di Gorizia	1	1
Area territoriale di Trieste (Valmaura)	1	1
Area territoriale di Cormons	1	1
Area territoriale di Monfalcone	1	1
Area territoriale di Muggia	1	1
Area territoriale di Trieste (Ospedale Maggiore)	1	1
Area territoriale di Grado	1	1
Area territoriale di Duino Aurisina	1	
Area territoriale di Gradisca d'Isonzo	1	
Area territoriale di Prosecco	1	
Area territoriale di Trieste (via Stock)	1	
Totale complessivo	52	23

D.3 Attuazione del PNRR e vincoli per la definizione dei fabbisogni di personale per il rafforzamento dell'assistenza territoriale

L'esigenza di potenziamento dell'assistenza territoriale richiede che, parallelamente all'estensione innovativa delle strutture e dei servizi dedicati a tale finalità, si proceda anche ad un maggior utilizzo di risorse umane impiegate sul territorio, operando certamente la ridestinazione di quota del personale già impiegato nell'assistenza ospedaliera ma anche inserendo e applicando personale aggiuntivo.

In merito la recente 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 269, è intervenuta operando modifiche al testo vigente del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (c.d. decreto "Calabria") che fissa

attualmente i limiti della spesa per il personale. L'intervento operato con la legge n. 234/2021 ha operato la stabilizzazione per ogni anno, dal 2019 in poi, della quota ordinaria di possibile aumento della spesa del personale fissata nel 10 per cento dell'incremento annuale del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente (fermo rimanendo il limite iniziale fissato nel maggior importo di spesa del personale tra quello registrato nell'anno 2018 e quello determinato dall'applicazione della legge n. 191/2009).

La condizione per l'applicazione dall'anno 2022 di tale incremento - a cui aggiungersi, se necessario per obiettivi ulteriori fabbisogni, un ulteriore incremento massimo del 5 per cento sempre sull'incremento annuale del Fondo sanitario regionale – «è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e dall'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva» (così l. 234/2021, art. 1, c. 269, lett. c)).

Il percorso del possibile incremento ordinario (non collegato alla sola emergenza pandemica da Covid-19) delle risorse del personale degli Enti sanitari è, pertanto, vincolato alla preventiva definizione - da attuarsi in sede nazionale entro i primi 181 giorni del 2022 - degli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale e della conseguente metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale, a cui dovrà seguire la successiva predisposizione e adozione del piano regionale dei fabbisogni triennali del personale per il Servizio sanitario regionale, da correlare ai nuovi processi lavorativi riorganizzati primariamente secondo le logiche delle Case della Comunità e della presa in carico assistenziale governata dalla Centrali Operative Territoriali.

D.4 Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare

Preliminarmente e al fine di acquisire le informazioni necessarie alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e allo sviluppo dei modelli organizzativi richiesti dal PNRR, nel corso del 2022 ogni azienda territoriale dovrà dare corso ad una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e ciò allo scopo di analizzare lo stato di uniformità o difformità delle procedure aziendali in uso per la presa in carico integrata nonché allo scopo di definire un modello organizzativo e operativo standard a cui i processi aziendali di presa in carico integrata dovranno conformarsi. Tale attività di analisi e di elaborazione dovrà, altresì, svolgersi nel rispetto di quanto disposto dalle recenti

previsione normativa introdotta dall'art. 1 della l. 234/2021, che al suo comma 163 individua le Case della comunità quali articolazioni del Servizio Sanitario dove è posta la sede operativa dei punti unici di accesso (PUA); la stessa disposizione normativa ribadisce che presso i PUA è garantito alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, assicurando la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il modello organizzativo e operativo definito dall'Azienda deve dare anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale così come previsto e già richiesto dall'art. 22 della l.r. n. 22/2019, funzione di governo valorizzata e specializzata nelle articolazioni operative costituite dalle Centrali Operative Territoriali, previste dal PNRR per ogni bacino di utenza di centomila abitanti, e coordinata e integrata con la gestione dei servizi operata nelle Case della Comunità secondo le previsioni del PNRR. L'analisi delle uniformità o difformità delle procedure aziendali in uso dovrà dare adeguata informazione anche delle attività di assistenza domiciliare, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi -) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", pre-pandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017. Analoghe informazioni e dati, ma con riferimento agli anni 2020 e 2021, vanno raccolti e elaborati anche per l'attività svolta dalle Unità speciali di continuità assistenziale di cui al vigente articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.

La programmazione e la normativa nazionale richiedono, come *supra* esposto, la progressiva attivazione in ogni azienda territoriale delle Centrali Operative Territoriali e delle Case delle Comunità; ogni azienda territoriale è, pertanto, tenuta ad elaborare dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato per il conseguimento di tali finalità, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale e - non appena disponibili criteri e standard ancora in via di definizione in ambito nazionale - Casa di Comunità (*Hub o Spoke*) prevista dalla programmazione regionale e aziendale.

ARCS, nella sua funzione di supporto tecnico specialistico, per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria, nonché di coordinamento e controllo del governo clinico regionale dei processi di cura previsti dall'art. 4, commi 3 e 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, elabora le informazioni e i dati trasmessi dalle Aziende formulando un documento che dà conto dello stato di uniformità o difformità delle procedure di presa in carico nei vari Enti e presenta anche un'argomentata proposta di azione operativa da realizzarsi per il progressivo miglioramento della standardizzazione regionale dei modelli organizzativi e dei protocolli per la presa in carico integrata e per l'erogazione dell'assistenza domiciliare nei vari livelli di complessità. Nel documento di ARCS la proposta di piano di attività per l'attuazione dell'azione operativa regionale richiesta espone anche la tempistica programmata di attuazione, collegandola e integrandola col piano di attività prefigurato per la progressiva attivazione e messa a regime delle Centrali Operative Territoriali e delle Case delle Comunità nelle varie Aziende, dando conto anche di eventuali criticità rilevanti e formulando ipotesi di misure correttive assumibili per ridurre o eliminare tali criticità.

Obiettivi	Risultato atteso
<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e definisce un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata; l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo definito dall'azienda dà anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale nonché delle caratteristiche operative programmate e delle modalità di funzionamento e utilizzo delle Centrali Operative Territoriali.</p>	<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata.</p>
<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli operativi, modelli organizzativi e procedure in uso nell'azienda per le attività di assistenza domiciliare, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi -, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", pre-pandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda;</p> <p>l'azienda definisce, altresì, un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di assistenza domiciliare.</p>	<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017.</p>
<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei modelli organizzativi, protocolli operativi e procedure in uso nell'azienda per le attività delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) di cui al vigente articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori medi, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale); l'azienda verifica l'uniformità del modello organizzativo e protocollo operativo in uso nelle USCA aziendali, prevedendo in caso di difformità la predisposizione un modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato a cui le USCA devono adeguarsi.</p>	<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché la descrizione dell'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le attività delle USCA.</p>

Obiettivi	Risultato atteso
<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) elabora un dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle Centrali Operative Territoriali, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale (<i>Hub o Spoke</i>).</p>	<p>Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente il piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle Centrali Operative Territoriali, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.</p>
<p>ARCS elabora le informazioni e i dati trasmessi dalle Aziende territoriali e predispone un documento che dà conto dello stato di uniformità o difformità in ambito regionale e nelle aziende dei modelli organizzativi e dei protocolli operativi per la presa in carico integrata e per l'assistenza domiciliare - di cui all'art. 22 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 "LEA" nonché di cui all'art. 4-bis del d.l. n. 18/2020 - e che contiene un'argomentata proposta di azione operativa da realizzarsi per il progressivo miglioramento della standardizzazione regionale dei modelli organizzativi e dei protocolli per la presa in carico integrata e per l'erogazione dell'assistenza domiciliare nei vari livelli di complessità; la proposta di ARCS di piano di attività per l'attuazione dell'azione operativa regionale richiesta espone anche la tempistica programmata di progressiva attuazione, collegandola e integrandola col piano di attività prefigurato per la progressiva attivazione e messa a regime delle Centrali Operative Territoriali nelle varie Aziende, dando conto anche di eventuali criticità rilevanti e formulando ipotesi di misure correttive assumibili per ridurre o eliminare tali criticità.</p>	<p>ARCS trasmette alla DCS entro il 30 giugno 2022 il documento richiesto con i contenuti previsti negli obiettivi.</p>

E. INDICATORI D'ATTIVITÀ E DI ESITO E OBIETTIVI D'ASSISTENZA

E.1 Indicatori LEA - CORE

Gli indicatori proposti si riferiscono al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che è lo strumento che consente, di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Tra gli indicatori previsti dal NSG, nell'ambito del comitato LEA è stato individuato un sottogruppo di indicatori definito "Core" ed ha sostituito la Griglia Lea a partire dall'anno 2020.

Per l'anno 2022, vengono proposti gli indicatori rientranti nel gruppo "Core". Si precisa che i dati relativi all'anno 2019, sono quelli elaborati dal Ministero sulle basi dati NSIS.

Per gli indicatori l'**obiettivo minimo da conseguire nell'anno 2022 è costituito dal valore migliore tra i due valori di riferimento disponibili e confrontabili: quello storico registrato dall'Ente nell'anno 2019 e il valore standard nazionale per l'anno 2022 (riportato nella colonna *Valore di riferimento LEA 2022*).**

Cod.	Indicatore	Valore regionale registrato nel 2019	Valore di riferimento LEA 2022
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,21	>= 95%
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	92,49	>= 95%
P10Z	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	66,66	100%
P12Z	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	100,00	100%
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	38,60	40,00
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	68,94	>=60%
P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	63,84	>= 64%
P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	51,33	>= 60%
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	305,22	<=305
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	81,71	<=81
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	17,00	<=17'
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	72,09*	>=90
D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	5648,11	<=5652
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	5,43	>=5,0
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	2,48	>=2,5
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	1,40	>=2,0
D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	6,31	<=6,0
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	20,66	>35%
D33Z Res.	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	69,49	>=65
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	122,41	125,00
H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	76,42	>=90,00
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,22	<=0,15
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	76,24	>=80,00
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	68,87	>=65%(hub) >=80%(spoke)
H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	16,26	<=15%

Cod.	Indicatore	Valore regionale registrato nel 2019	Valore di riferimento LEA 2022
H18C**	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	16,65	<=25%

* dato ARCS

** in relazione a questo indicatore il valore target/obiettivo minimo da conseguire per l'esercizio 2022 è individuato nel valore di riferimento LEA 2022

E.2 Altri indicatori di attività

Tra gli indicatori di riferimento per gli Enti, oltre a quelli nel Nuovo Sistema di Garanzia, si confermano anche quelli del Network delle Regioni "Bersaglio" (Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali coordinato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) e quelli del PNE (Programma Nazionale Esiti), tra cui qui si segnalano di seguito, in particolare, alcuni obiettivi.

E.2.1 Area perinatale

Nel Programma Nazionale Esiti, Report edizione 2021, relativamente all'Area perinatale si scrive:

"L'episiotomia, che consiste nell'incisione chirurgica dell'orifizio vulvo-vaginale, viene praticata per facilitare la fase espulsiva del travaglio di parto ed è un intervento eseguito spesso di routine, nonostante siano indisponibili prove della sua efficacia, sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale. La procedura non risulta associata ai benefici attesi come la riduzione di traumi fetali alla nascita, la maggiore facilità di, in relazione all'episiotomia, guarigione della ferita rispetto alle lacerazioni vaginali, la protezione del pavimento pelvico e la riduzione del dolore alla ripresa dei rapporti sessuali. È invece dimostrato che il ricorso all'episiotomia di routine aumenta il rischio di perdita ematica post partum, di infezione e deiscenza della ferita, di risultati estetici insoddisfacenti e di lacerazioni perineali gravi nei parti successivi. La linea guida del NICE "Intrapartum care" e le linee guida dell'OMS "Intrapartum care for a positive childbirth experience" raccomandano di non praticare l'episiotomia di routine ma di ricorrervi solo in caso di necessità. [...] Un'analisi esplorativa effettuata dal gruppo area perinatale, utilizzando le SDO del 2019, ha rilevato un 18,7% di episiotomie a livello nazionale, con un range tra regioni compreso tra 3,7% e 33,5% e per struttura tra 0%-98,4% che lo rende un indicatore di interesse per il PNE. È con questi presupposti che il sottogruppo dedicato a sviluppare indicatori di area perinatale ha proposto di introdurre nel PNE l'indicatore sulla proporzione di episiotomie nei parti vaginali. Dalla coorte in studio sono stati eliminati i parti con diagnosi di distocia di spalla e i parti vaginali operativi, condizioni per le quali l'episiotomia è raccomandata."

Valorizzando gli indirizzi PNE utilizzando gli strumenti del sistema consolidato di indicatori "Bersaglio", si prevedono i seguenti obiettivi:

Enti interessati	ASUGI, ASUFC, ASFO, IRCCS Burlo Garofolo
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: <i>indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita</i>	per i punti nascita che hanno registrato un valore inferiore o uguale a 19% nell'anno 2020, il target 2022 è il mantenimento o la riduzione del valore 2020; per i punti nascita che hanno registrato un valore maggiore a 19% nell'anno 2020 il target 2022 è <=19%

L'analisi *Bersaglio* per l'anno 2020 ha evidenziato i negativi risultati regionali del Friuli Venezia Giulia per l'*Indicatore bersaglio C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita*, dati che pongono nella posizione meno favorevole il Friuli Venezia Giulia rispetto a tutte le altre regioni partecipanti al Network *Bersaglio*, richiedendo misure correttive individuabili inizialmente nel seguente obiettivo dato agli Enti:

Enti interessati	ASUGI, ASUFC, ASFO, IRCCS Burlo Garofolo
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: <i>indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita</i>	per i punti nascita SPOKE <=7%; per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS)<=8%

E.2.2 Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica

L'evenienza pandemica da SARS-CoV-2 ha confermato e ribadito l'importanza del ruolo della Prevenzione collettiva e sanità pubblica e la necessità di garantire l'effettiva destinazione per tale finalità almeno della quota ordinaria (non considerando le risorse aggiuntive richieste dalla gestione pandemica) del cinque per cento del finanziamento, così come previsto dalla normativa vigente (art. 27 - *Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali* -, comma 3, lett. a), del d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68).

Enti interessati	ASUGI, ASUFC, ASFO
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica >= 5 per cento del Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2022

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 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

1.1 Il Piano regionale della prevenzione 2021 -2025

Il Piano regionale della prevenzione (PRP), rappresenta uno strumento importante di pianificazione delle attività, in tema di prevenzione e promozione della salute. Lo sviluppo e la realizzazione delle attività previste dal Piano regionale della prevenzione, sono sempre più orientate nel rispondere ai criteri di evidenza scientifica, efficacia, sostenibilità ed equità.

Le nuove politiche di promozione della salute, prevenzione, prevedono di passare da un sistema e una metodologia operativa di stretta vigilanza e assistenza ad un sistema e una metodologia operativa proattivi ed integrati, attraverso azioni ed interventi di tipo intersettoriale al fine di promuovere stili di vita sani e una presa in carico dell'utente "su misura", in questo la collaborazione tra dipartimenti di prevenzione, distretti, dipartimenti di salute mentale e dipendenze risulta strategico. Cruciali diventano, quindi, sia il ruolo della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare alla luce delle attuali dinamiche demografiche, che vede il Friuli Venezia Giulia tra le regioni più anziane, sia un approccio di sanità pubblica in tutte le politiche adottate, che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze. Le aziende, nello svolgimento delle proprie attività, conformano la propria azione a principi di gestione coerenti con l'approccio "One-Health": un approccio cooperativo, multisettoriale e interdisciplinare.

1.1.1 Macro obiettivi e linee del Piano regionale della prevenzione

Il PRP 2021-25, si realizza con 10 Programmi predefiniti (PP) vincolanti per tutte le Regioni, tratti dal piano nazionale e declinati nel contesto regionale, e con 6 programmi liberi (PL), tutti rispondono alle strategie e raccomandazioni nazionali e internazionali, con un insieme di azioni che fanno riferimento a strumenti validati, alle evidenze scientifiche in campo preventivo e alle buone pratiche riconosciute. Tutte le diverse attività si sviluppano in continuità con quanto realizzato e raggiunto con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2014-19, incluse le reti e alleanze con soggetti esterni alla sanità, in un approccio intersettoriale, che sono sviluppati con obiettivi specifici e linee strategiche di intervento.

Gli obiettivi dei programmi proposti sono rivolti non solo a mantenere la salute in senso stretto, ma tendono a migliorare le condizioni di vita di ogni giorno, le circostanze nelle quali la gente nasce, cresce, vive, lavora, invecchia, affrontando il tema della distribuzione diseguale delle risorse. I Macro obiettivi individuati dal PRP sono:

- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
- MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti

- MO3 Incidenti domestici e stradali
- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- MO5 Ambiente, Clima e Salute
- MO6 Malattie infettive prioritarie

Il Piano nel far proprio i principi, la vision e obiettivi del PNP, si attua nelle seguenti linee:

- contrastare la mortalità prematura e disabilità legate alle malattie croniche non trasmissibili, anche attraverso l'individuazione precoce dei soggetti a rischio cardio vascolare, alla riduzione degli incidenti stradali e domestici, infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nonché alla promozione dell'invecchiamento attivo
- investire sul benessere dei bambini e dei giovani, con interventi precoci, creando contesti favorevoli, sviluppando le capacità del singolo nel fare scelte consapevoli in tema di salute e prevenzione delle dipendenze.
- rafforzare i sistemi di screening oncologici, e le programmazioni a sostegno della prevenzione delle malattie infettive, vaccinazioni, sicurezza alimentare.
- considerare l'individuo in rapporto all' ambiente in cui vive, promuovendo un rapporto salubre fra salute e ambiente realizzando un approccio inter-istituzionale del servizio sanitario con altri enti
- promuovere stili di vita sani in tutte le età in diversi setting, favorendo uno scambio e una partecipazione della comunità nella pianificazione.

1.1.2 Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi

Per garantire l'attuazione del Piano regionale della prevenzione (PRP) ogni azienda istituisce un gruppo di lavoro composto dai referenti aziendali dei 16 programmi del PRP allargato ad altre figure ritenute strategiche allo sviluppo dei singoli programmi, con il compito di realizzare gli obiettivi trasversali e specifici del PRP.

All'interno del gruppo aziendale è individuato il coordinatore che monitorerà lo sviluppo e realizzazione delle azioni previste dal piano stesso e garantirà il collegamento tra azienda e gruppo regionale del PRP. L'obiettivo è favorire sinergie e collaborazioni tra operatori dei diversi servizi coinvolti in azioni trasversali, armonizzando le attività per rendere efficiente tutto il sistema.

I referenti aziendali e il coordinatore partecipano a iniziative regionali inerenti al PRP.

Indicatore:

ogni azienda sanitaria entro l'11 marzo 2022 istituisce formalmente il gruppo aziendale per la realizzazione del PRP e individua il coordinatore del gruppo, trasmette alla DCS l'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO IRCCS Burlo Garofolo, IRCSS CRO Aviano per i programmi in cui sono coinvolti
Ruolo ARCS	
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo

1.1.3 Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione

I referenti aziendali individuati dei singoli programmi garantiscono l'attuazione, il monitoraggio e la partecipazione alle attività regionali previste dal PRP.

Al fine di facilitare l'identificazione degli obiettivi strategici previsti dal Piano sarà inviata alle Aziende Sanitarie e agli IRCCS regionali una Nota del Direttore del Servizio Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria che indicherà dettagliatamente gli obiettivi e gli indicatori dei singoli Programmi di prevenzioni previsti per l'anno 2022.

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, IRCCS Burlo Garofolo, IRCCS CRO Aviano
Ruolo ARCS	Monitoraggio delle attività realizzate e raggiungimento degli indicatori
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma; entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO
Ruolo ARCS	Monitoraggio delle coperture vaccinali e attività legate al Panflu
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2022)
Campagna vaccinale antinfluenzale 2022 2023	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2022
Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Migliorare le coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza rispetto ai valori del 2019 - Esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi - MMR (1 ^a e 2 ^a dose) - Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020 (coorte 1955): (30%) - Vaccinazione anti herpes zoster gratuita dei soggetti con patologia come previsto dalla DGR in fase di approvazione

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO
Ruolo ARCS	Monitoraggio delle coperture vaccinali e attività legate al Panflu
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale

1.2 Programmi di screening

Prosegue l'attività di screening oncologici per la prevenzione secondaria dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, per la quale è necessario migliorare i livelli di adesione della popolazione e assicurare tempi il più possibile ridotti nel passaggio dal primo al secondo livello. Nel suo complesso, infatti, l'attività risente di alcuni elementi organizzativi che ne condizionano alcune performance.

Supporto logistico attività di screening

Mantenimento del supporto logistico per gli screening femminili di 1 livello. La finalità è la continuità delle attività di screening nel rispetto di quanto previsto dal capitolato d'appalto vigente per lo screening mammografico e delle tempistiche tecniche necessarie per la creazione delle agende informatizzate (sia per lo screening mammografico che per quello della cervice uterina)

Aziende interessate	ASUGI - ASUFC - ASFO - ARCS
Ruolo ARCS	Supporto logistico all'appaltatore per gli eventuali sopralluoghi nelle sedi di erogazione dello screening mammografico
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Garantire il supporto logistico per le sedi di acquisizione delle immagini per lo screening mammografico	a. In tutte le sedi di acquisizione delle immagini dello screening mammografico è a disposizione la sede per l'accoglimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si rendesse necessario, di 24 ore.
2. Effettuare il sopralluogo nei contesti ove viene erogato il servizio di screening mammografico, in sedi a campione o in sedi che presentino delle criticità segnalate.	a. Evidenza dell'esecuzione del sopralluogo al fine di verificare l'adeguatezza ambientale delle sedi oggetto di verifica (verbale di sopralluogo)

Screening Cervice Uterina

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, CRO e ARCS
Ruolo ARCS	ARCS gestisce l'attività del Call center e assicura il monitoraggio degli indicatori.
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening della cervice uterina	- % adesione alla proposta di screening: ≥60% donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, CRO e ARCS
Ruolo ARCS	ARCS gestisce l'attività del Call center e assicura il monitoraggio degli indicatori.
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Fornire le indicazioni per la formulazione delle agende per lo screening della cervice uterina con almeno due mesi di anticipo	- Le aziende sanitarie inviano ad ARCS l'offerta ambulatoriale per lo screening della cervice uterina almeno due mesi prima del periodo d'interesse.
Recuperare gli inviti non effettuati nel 2021 per lo screening della cervice uterina	- Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.
Assicurare la tempestiva lettura pap test primari fino a completa transizione del programma verso il centro di lettura unico di ASUGI	- Lettura dei Pap-Test primari presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei Pap-Test refertati entro 21 giorni dalla data dell'ultimo prelievo. Periodo di misurazione dal 1/1/2022 al 30/6/2022)
5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV - Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	- il 100% degli HPV-DNA primari e di tutte le letture dei Pap-Test di screening sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi dal 1/7/2022; - il 100% degli HPV-DNA di triage su Ascus e HPV-DBA e Cervico-Citologia di secondo livello sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi a partire dal 1/7/2022
6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	- Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello in almeno il 85% dei casi.
7. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico di II livello	- % di esami istocitopatologici refertati entro 15 giorni lavorativi dalla colposcopia >=85%

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 dipendenti delle aziende sanitarie che svolgono tale attività extra-orario lavorativo. ARCS ha la gestione delle agende del I livello dello screening mammografico e assicura corretti tempi di chiamata.

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, CRO e ARCS
Ruolo ARCS	ARCS gestisce l'attività del Call center e assicura il monitoraggio degli indicatori.
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 64\%$ donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 45- 74 anni)

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, CRO e ARCS
Ruolo ARCS	ARCS gestisce l'attività del Call center e assicura il monitoraggio degli indicatori.
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimenti mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	- 100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati
3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	- entro il 30.06.2022 verificano internamente la necessità di formare ulteriori radiologi per la lettura di mammografie di screening e ne comunicano gli esiti ad ARCS - entro un mese dalla comunicazione da parte di tutte le Aziende, ARCS verifica le necessità espresse e concorda le unità da formare e in quali aziende - entro il 31.12.2022 le aziende interessate attivano il percorso formativo secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021
4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- % dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello - 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello $\geq 80\%$ - Percentuale dei casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato $\geq 85\%$

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.

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, CRO e ARCS
Ruolo ARCS	Monitoraggio degli indicatori
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 60\%$ popolazione convocata (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 45-74 anni).
2. Garantire la corretta e completa	- % di cartelle endoscopiche compilate correttamente:

Aziende interessate	ASUGI, ASUFC, ASFO, CRO e ARCS
Ruolo ARCS	Monitoraggio degli indicatori
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening)	≥ 95%
3. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	- % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: ≥ 90%
4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia >=85%

1.3 Rete HPH

La regione FVG aderisce alla rete internazionale HPH dal 2003. Nel 2020 ARCS ha siglato, in qualità di Centro di Coordinamento della rete HPH regionale, il quinto mandato di adesione per il quadriennio 2021-2024. Il 2021 è stato l'anno della rivisitazione della definizione che riguarda la rete HPH in stampa nel nuovo Glossario della promozione della Salute dell'OMS: "Gli ospedali e i servizi sanitari che promuovono la salute (HPH) orientano i loro modelli di governance, strutture, processi e cultura per ottimizzare i guadagni di salute dei pazienti, del personale e delle popolazioni assistite e per sostenere le società sostenibili."

La rete internazionale sta realizzando i nuovi standard, la strategia di implementazione e il piano d'azione 2021-2025, documenti tradotti dalla rete HPH del FVG e resi disponibili in lingua italiana per avviare la loro implementazione a livello regionale. La rete FVG nel 2021 si è mossa sia sul piano organizzativo, proseguendo il percorso di consolidamento delle policy e del design delle architetture interne necessarie alla governance HPH nei setting sanitari, sia sul livello operativo, dando continuità al progetto sperimentale "Aver cura di chi ci ha curato". Tale progetto, avviato nel 2020 dal gruppo regionale Benessere del personale, per arginare l'impatto psico fisico dello stress dovuto alla pandemia, è stato rinominato nel 2021 "Aver cura di chi ci cura", ponendo l'accento sulla necessità di sostenere e ampliare l'iniziativa nel tempo. Nell'ambito dell'accordo siglato fra Arcs e Ordini regionali di Medici chirurghi e odontoiatri e Psicologi, un percorso formativo in 10 moduli ha consentito l'avvio di Team Multiprofessionali aziendali per la promozione della salute. Le Aziende Sanitarie in rete hanno quindi avviato la fase a medio e lungo termine del progetto. L'offerta di recupero del benessere psico fisico rivolta agli operatori (adesione su base volontaria), non solo rappresenta un principio etico di base che integra le più recenti conoscenze scientifiche nella tutela della salute individuale, ma si configura come un fattore di protezione della forza terapeutica del contesto assistenziale e di rinforzo delle capacità di trasferimento delle competenze, in un momento storico ad elevata complessità. Nel 2021 il gruppo regionale "Patient Engagement", ha elaborato un format di analisi dei bisogni che tiene conto degli stili di vita protettivi oltre che dei fattori di rischio, includendo lo stress psicosociale e le sue manifestazioni psicofisiche, fattori chiave nella riduzione delle patologie cronico degenerative. La conferenza regionale HPH 2021 è stata centrata sulla correlazione fra benessere del personale e benessere e promozione della salute del paziente, nucleo fondamentale nella relazione di cura.

Aziende interessate	Tutte le Aziende del SSR
Ruolo ARCS	Assicura il coordinamento della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services. Implementa il piano d'azione della rete HPH internazionale secondo i nuovi standard e la strategia 2021-2025
Descrizione obiettivi ARCS	Risultato atteso ARCS
1. Consolidare la cultura HPH e diffondere i valori, i principi, le strategie e i risultati della strategia annuale	Realizzare la conferenza regionale HPH (entro il 31/12/2022)
Benessere del personale	
1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": analizzare le iniziative esistenti propedeutiche all'avvio dei Team Multiprofessionali di II livello	Coordinare la mappatura delle attività presenti presso le sedi degli Enti e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (report regionale entro 31/12/2022) (Predisposizione contenuti / griglia di rilevazione)
Patient Engagement	
1. Coordinare lo Studio pilota "Patient engagement"	Definire le modalità di implementazione del format di rilevazione bisogni di promozione della salute dei pazienti a livello aziendale (entro il 31/3/2022) della fase sperimentale di adozione dello studio pilota

Descrizione obiettivi aziende SSR	Risultato atteso aziende SSR
Benessere del personale	
1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati trimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)
2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)
Patient Engagement	
2. Studio pilota "Patient engagement"	- Le aziende individuano almeno una struttura azienda presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022) - Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti

1.4 Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario

Il monitoraggio del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e

veterinario (*One Health*) è un obiettivo strategico del Ministero salute nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Al fine di promuovere l'uso appropriato degli antibiotici vengono individuati i seguenti obiettivi: "Utilizzando come strumento di verifica la check-list di farmacovigilanza ministeriale, le AAS promuovono iniziative mirate perché in 5 anni nel campione sottoposto a controllo ufficiale si rilevi che almeno il 70% degli allevamenti aderiscono alle indicazioni sull'utilizzo degli antimicrobici secondo le "linee guida" promosse dal Ministero della Salute.

Raggiungimento degli obiettivi di riduzione (globali e per specifiche classi di antibiotici) del consumo di antibiotici previsti dal PNCAR in ambito umano. In ambito Veterinario, verrà valutato negativamente lo scostamento superiore al dato medio di consumo nazionale.

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

1.5 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria

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

Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione rientrano 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 l'esecuzione, 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 (2022-2024), 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.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2022
Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2022 - il n. audit per settore programmati per il 2022 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2022 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2022, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)
Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Applicare il protocollo PPL malghe 2022 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2022. - Trasmettere entro il 31/01/2023 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Sistema informativo SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 32/2021, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base).
Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)
Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute
Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
Genotipizzazione arieti per Scrapie .	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2022

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.

1.6 Miglioramento Sorveglianze

Il PRP 2021-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'*Evidence-Based-Prevention* (EBP).

Gli Indicatori degli Obiettivi strategici, prevalentemente di *outcome/early outcome*, che misurano il raggiungimento degli Obiettivi strategici a livello nazionale e regionale, sono derivati dai sistemi di sorveglianza e informativi di cui al DPCM 3 marzo 2017, e da altre fonti nazionali.

A partire da questi elementi, le Regioni costruiscono la pianificazione regionale, attraverso una articolazione dei PRP, e, a cascata, dei piani attuativi locali, tale da "coprire" tutti gli obiettivi del PNP con programmi il più possibile integrati e trasversali, anche ai fini del miglior uso delle risorse disponibili nel contesto di riferimento.

Il profilo di salute ed equità della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni su cui attivare le risorse della prevenzione e, al contempo, misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo.

I sistemi di Sorveglianza di popolazione dal 2017 rientrano fra i LEA nell'area Prevenzione (DPCM 12/01/2017)

Il LEA della Prevenzione (DPCM 12/01/2017), nell'ambito del programma F1 dell'area F, impegna i servizi sanitari a produrre, utilizzare e comunicare i dati derivanti dalla sorveglianza di popolazione dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita a:

- "interlocutori istituzionali, organizzazioni sociali e associazioni, al fine di promuovere il valore salute in tutte le politiche e gli strumenti di regolazione e a sostegno del riorientamento dell'offerta in aderenza ai bisogni di salute della comunità (*advocacy*);
- "cittadini allo scopo di promuovere la partecipazione alle scelte per la salute e di rafforzare i singoli nella adozione di stili di vita sani (*empowerment*).

Il DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") sancisce che Registri e Sorveglianze sono fondamentali per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la ricerca, il governo in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura.

La Regione Friuli Venezia Giulia istituisce il Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento con l'obiettivo di potenziare la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo e di monitorare l'attività delle strutture territoriali con valutazioni di performance e di esito al fine di una maggiore un'efficace azione di contrasto alle malattie.

2 ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Assistenza primaria

Con la DGR 445 del 22 marzo 2021 è stata aggiornata l'articolazione del livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali mediante presa d'atto delle risultanze delle determinazioni adottate dalle

single Aziende sanitarie sulla base dei criteri di cui all'art. 33 dell'ACN e dell'AIR dd. 6.12.2011, reso esecutivo con DGR 2479/2011.

Per l'anno 2022 si rende necessario procedere alla revisione dell'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale disciplinato dal capo III dell'ACN allo scopo di fronteggiare le crescenti difficoltà che le aziende registrano nel garantire stabilmente il servizio a causa della carenza di medici disponibili ad assumere gli incarichi.

Tenuto conto di quanto previsto dallo "Accordo Integrativo Regionale quadro in attuazione del capo III sulla continuità assistenziale dell'Accordo Collettivo Nazionale 2009 per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale" del 03.10.2019 recepito con DGR 1718/2019, le Aziende sono chiamate a rivedere l'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale calcolando il fabbisogno dei medici inseribili definito, di norma, dal rapporto di riferimento pari a 1 medico ogni 5000 abitanti residenti con riferimento alle sole attività SCA di cui all'art. 62 comma 1 del citato ACN.

In presenza di criticità collegate a particolari situazioni orogeografiche, sanitarie, sociali, abitative, stagionali ed in relazione alla densità della popolazione, al fine di garantire comunque il servizio, le Aziende individuano le sedi disagiate e propongono al Comitato Aziendale un diverso rapporto medico/popolazione (+/-30%) per ambiti di assistenza definiti.

A seguito della revisione, le aziende adottano, sulla base della propria organizzazione distrettuale, il provvedimento che definisce l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale con il quale vengono individuati gli ambiti di continuità assistenziale ed i comuni afferenti a ciascun ambito nonché l'ubicazione delle sedi di Continuità Assistenziale nei rispettivi ambiti.

Ove non ancora provveduto, le Aziende definiscono con le Organizzazioni Sindacali dei MMG uno o più Accordi Integrativi Aziendali per l'applicazione dei diversi istituti contrattuali disciplinati dall'A.I.R. 2019.

In coerenza con quanto previsto dalla missione 6-Salute del PNRR in merito al rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio, si rende inoltre indispensabile ripensare l'organizzazione del SSR a livello territoriale tenendo altresì conto che nell'attuale situazione di emergenza pandemica l'attivazione degli strumenti di sanità digitale rappresenta un'opportunità per un servizio sanitario più in linea con i tempi e le necessità individuali e dell'organizzazione.

In questo contesto, la promozione dell'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita e la teleassistenza da parte dei MMG rappresenta un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale

Le Aziende sanitarie sensibilizzano i medici di assistenza primaria sulla possibilità di monitorate costantemente i propri assistiti direttamente a casa loro, mettendo a disposizione il materiale informativo sui kit di telemedicina affinché i medici possano a loro volta promuovere l'adesione nei confronti dei propri assistiti.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro il termine del 31 marzo previsto da ACN.
Sistemi di valutazione MMG	Le Aziende acquisiscono ed elaborano i dati in tempo utile per effettuare entro il 30 aprile in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN la valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG
Definizione fondi	Le Aziende effettuano la ricognizione dei fondi costituiti secondo le indicazioni degli ACN e AIR e trasmettono le relative risultanze alla DCS entro il 30.04.2022

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Revisione dell'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale	Entro il 30.06.2022 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCS i provvedimenti aziendali recanti il Regolamento sull'Organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale
Promozione telemedicina	Entro il 31.12.2022 le Aziende inviano un report sulla promozione da loro effettuata nei confronti dei medici convenzionati

2.2 Disturbi dello Spettro Autistico

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

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

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2022 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.

2.3 Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

I referenti aziendali collaborano alle iniziative regionali e proseguono le attività di Osservatorio epidemiologico regionale da parte dell'IRCCS Burlo per i minori e dell'ASUFC per gli adulti.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<i>Rete assistenziale disturbi del comportamento alimentare</i> Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2022 ad ARCS con le seguenti <i>indicazioni</i> : - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva; - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e utenti in carico ai servizi nel corso del 2022 per sesso, età e diagnosi; - composizione equipe funzionale multidisciplinare al dicembre 2022 ed eventuali variazioni nel corso dell'anno (rif. DGR 668/2017).

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 30.6.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati. Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2022. Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta, con successiva trasmissione del report elaborato, entro febbraio 2023.

2.4 Sanità penitenziaria

Nel corso del 2022 proseguiranno gli incontri dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria del Friuli Venezia Giulia, al fine di continuare l'analisi e il monitoraggio di percorsi ed interventi, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza. A questo si affiancheranno i lavori del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto.

A livello regionale, il coordinamento della rete di sanità penitenziaria utilizza il protocollo per eventuali trasferimenti per motivi sanitari elaborato nel corso del 2021, atto a garantire risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria.

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

Nel 2022 sono, altresì, previsti eventuali ulteriori percorsi di formazione a livello aziendale che coinvolgano il personale sanitario e penitenziario con la finalità di migliorare la comunicazione su obiettivi di lavoro comuni, anche in relazione allo stato di emergenza pandemica.

Particolare attenzione verrà ancora posta alla gestione della salute dei detenuti con bisogni complessi e con problematiche di salute mentale e di dipendenza. A tal fine, le Aziende sono sempre chiamate a prevedere un'organizzazione del personale e/o metodologie di lavoro con caratteristiche di interdisciplinarietà e multiprofessionalità che rispondano a detti bisogni.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30.06.2022, invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, dei nominativi per la rete interaziendale di giustizia minorile; - Entro il 31.12.2022 invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di un report sulle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale

Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere, con particolare attenzione ai detenuti con bisogni complessi e/o con problematiche di salute mentale e di dipendenza	Entro il 31.12.2022 invio di un report alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.
--	---

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

Nel corso del 2022 le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, unitamente ai Servizi sociali dei Comuni, continuano a partecipare in qualità di partner nell'ambito della Progettualità cofinanziata da Cassa delle Ammende "Favorire l'empowerment e l'inclusione sociale delle persone in esecuzione penale e promuovere interventi di giustizia riparativa". Gli obiettivi progettuali riguardano in sintesi:

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

Per il raggiungimento degli obiettivi le Aziende mettono in campo sinergie con le Direzioni degli Istituti penitenziari, con gli Uffici di esecuzione penale esterna e con gli uffici territoriali del centro giustizia minorile. In particolare le Aziende partecipano attivamente attraverso interventi messi in campo dai servizi per le dipendenze e dai Dipartimenti di prevenzione e, per ASFO, dal servizio per la salute mentale.

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

Progettualità CASSA AMMENDE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	- Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022
Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	- Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022

2.6 Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)

Le Aziende proseguono nelle attività relative alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS), attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI).

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità
Criteri per le priorità di ingresso in REMS delle persone soggette a misura di sicurezza ed in lista	Predisposizione dei criteri per le priorità di ingresso ed invio al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera

d'attesa	della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 30/06/20222
Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità; tali progetti riguardano almeno l'80% delle persone soggette a misura di sicurezza di propria competenza territoriale al 31/12/20222

2.7 Salute mentale

Alcune attività previste dal Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta 2018-2020 (PANSM) avranno continuità anche nel 2022, sebbene la revisione organizzativa e normativa in atto, nonché il perdurare dell'emergenza pandemica, dovranno portare ad un'ulteriore proroga del cronoprogramma.

Relativamente alla salute mentale nell'età di transizione (18-21 anni), come previsto nella DGR n. 1965/2021, le NPIA e i DDSM collaborano in un percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta.

Continua inoltre il monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale (Nota del Vicepresidente della Regione FVG prot. n. 572 del 22/04/2020) e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione alla DCS di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2022
Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	<ul style="list-style-type: none"> - Entro 31.08.2022: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e il monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, riferito al primo semestre 2022 - Entro 01.02.2023: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali riferito al secondo semestre 2022.

2.8 Odontoiatria pubblica

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

operativi per ridurre il rischio di trasmissione negli ambulatori odontoiatrici.

Nel 2022 sono confermati i seguenti obiettivi prestazionali:

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> - Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno; - La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; si deve raggiungere tale valore nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e si deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1; - la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400; - la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo; - tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA; - tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione; - per ASUGI: apertura dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia; - per ASUFC: potenziamento dell'attività di Gemona, chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili); - per ASFO: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo; - per tutte le aziende: definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività. 	<p>erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore;</p> <p>mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;</p> <p>raggiungimento di una media aziendale annua di almeno 1400 prestazioni/riunito;</p> <p>percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate inferiore al 30% per ASUGI, inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo;</p> <p>sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA</p> <p>invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;</p> <p>Apertura da parte di ASUGI dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia;</p> <p>ASUFC deve effettuare il potenziamento dell'attività di Gemona, la chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, il rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e il piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili);</p> <p>ASFO deve operare la: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo;</p> <p>tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.</p>

2.9 Emergenza urgenza territoriale

Nel corso del 2022 in relazione al riassetto dell'organizzazione del SSR verrà rivisto il piano regionale dell'emergenza - urgenza territoriale.

Aziende interessate	Tutte le aziende del SSR
Ruolo ARCS	Coordinamento delle attività e predisposizione proposta
Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022

3 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.1 Non autosufficienza

E' necessario ricordare come a sostegno dei servizi e degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti intervenga il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attraverso la Missione 5) Coesione e Inclusione e Missione 6) Salute e il Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-23.

In particolare dai documenti sopracitati emergono il rafforzamento dei servizi sanitari e di quelli sociali territoriali, come strumenti di resilienza, con particolare attenzione alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità.

Si prevede un importante impegno finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico socio-sanitaria. A tal fine andranno potenziati i servizi, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica, rafforzando le strutture e i servizi sanitari, sociosanitari e sociali di prossimità superando la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi offerti sul territorio.

In tal senso va recuperata e rilanciata la programmazione integrata con i servizi sociali per la definizione dei PAT/PDZ (Piani attuativi territoriali dei Distretti/Piani di zona dei Comuni) garantendo l'armonizzazione con la programmazione attuativa del SSR con l'esplicitazione delle funzioni, ruoli e compiti relativamente alle aree di integrazione sociosanitaria, negli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie e dei Servizi sociali dei Comuni.

Un ulteriore rafforzamento e ad integrazione dei LEA sociosanitari in tema di non autosufficienza verrà garantito dall'approvazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), previsti nell'attuale DDL. 2448 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 art .43.

Con riferimento al Documento programmatico della Regione Friuli-Venezia Giulia (DGR 1732/2020) relativo al "Fondo nazionale per le non autosufficienze" che prevede che le risorse stanziato dallo Stato nel 2021 siano utilizzate nell'esercizio 2022, le Aziende sanitarie, in continuità con le attività già previste nel biennio 2020-2021, 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).

Fondo non Autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.

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

Tale strategia si inserisce peraltro nel solco della prevista riforma della non autosufficienza di cui alla Missione 5, Componente 2 del PNRR, che ha l'obiettivo di definire un inquadramento normativo su autonomia,

domiciliarità, valutazione multidimensionale, progetto individualizzato, de-istituzionalizzazione e integrazione sociosanitaria delle persone non autosufficienti. A tal fine, a livello nazionale, una delle azioni previste riguarda la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni in Ambito Sociale (LEPS) con l'individuazione di un primo gruppo di prestazioni, tra cui i Punti unici di accesso (PUA).

In particolare il PUA, quale accesso unitario alla rete dei servizi, rappresenta non solo un luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma una strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti nel territorio, una modalità di lavoro propria degli operatori sociali e sanitari che ricercano l'integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici.

Il PUA è indicato come un potente ed efficace strumento di intervento per il miglioramento dell'accessibilità a tutti i servizi di competenza territoriale, pertanto, questa Direzione nel corso del 2022 intende fornire indicazioni utili per aumentare e valorizzare le sinergie tra i diversi attori dell'integrazione.

Rafforzare l'integrazione socio-sanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi (PUA)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> • Punti Unici di Accesso • Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale • Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager • Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari. 	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse N° di almeno 1 attività formativa congiunta in tema di progetti personalizzati

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

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

Con Decreto del Direttore del Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitari n. 1077/2021 e n. 2611/2021 si è costituito il gruppo tecnico (composto da referenti dei Distretti e dei Servizi sociali dei Comuni) per la definizione dei contenuti progettuali ai fini dello sviluppo di un sistema informativo interoperativo a supporto della presa in carico integrata, che ha prodotto un primo documento di analisi e proposta.

Nel corso del 2022 sarà definito, in collaborazione con il servizio sistemi informativi della Regione, il documento per la definizione di linee guida per la realizzazione di primo sistema integrato tra Distretti e SSC

Sistema informativo integrato a supporto della presa in carico	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione da parte del gruppo tecnico (composto da referenti dei Distretti e dei Servizi sociali dei Comuni) della proposta di documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione di linee guida.	Evidenza del documento entro il 31.12.2022

3.2 Anziani

Al fine di sostenere i progetti personalizzati rivolti a persone non autosufficienti assistite a domicilio, nel corso del 2022, la Regione intende estendere, in via sperimentale, l'utilizzo del budget di salute, in conformità all'articolo 9 della LR 22/2019, quale parte del budget personale di progetto costituita dalle risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni.

L'articolo 13 della legge regionale 10/1997, come modificato dalla "Legge di stabilità 2021", ha stabilito che il contributo giornaliero finalizzato all'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza a favore di ospiti non autosufficienti accolti in residenze per anziani, venga esteso, a titolo sperimentale, anche a persone non autosufficienti prese in carico a domicilio.

A tale scopo, la Regione, tramite l'approvazione di apposite Linee di indirizzo, allegata alla DGR 1610 del 22.10.2021, ha inteso dare avvio al percorso relativo alla sperimentazione di domiciliarità comunitaria.

Le Aziende sanitarie, nel corso del 2022, promuovono e sostengono l'avvio di tale sperimentazione, ponendo in essere le attività propedeutiche all'emanazione degli appositi avvisi, quali, ad esempio, l'individuazione dei soggetti referenti di tale sperimentazione, la partecipazione di questi ai percorsi di formazione dedicata, l'allestimento di momenti di confronto e coordinamento stabile, sulla base degli indirizzi contenuti nella predetta Delibera di Giunta regionale.

Avvio sperimentazione domiciliarità comunitaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avviare la sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Le Aziende hanno emanato appositi avvisi relativi al percorso di co-programmazione entro 31.12.22

Nel 2021 la Regione ha approvato con DGR 1519/2021 il Piano regionale di supporto alla popolazione anziana fragile 2021-2023, in cui sono delineati alcuni obiettivi di sistema a prevenzione e a supporto della non autosufficienza e individuate delle azioni da realizzare nel triennio, quali:

- la promozione dell'invecchiamento attivo e la mappatura della fragilità,
- il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria, l'accesso unitario alla rete dei servizi e la presa in carico della persona, tenuto conto anche dell'apporto significativo delle risorse formali e informali dei territori;
- la copertura dell'assistenza sociosanitaria (LEA) per le persone anziane non autosufficienti;
- l'identificazione delle procedure di accreditamento degli enti pubblici e privati che partecipano alla rete dei servizi e degli interventi;
- la riqualificazione del sistema residenziale.

All'interno del Piano regionale di supporto alla popolazione anziana fragile 2021-2023 sono previste attività di coprogettazione con gli enti del Terzo settore. Nell'ambito delle attività finanziate dal decreto "Rilancio" e con lo scopo di sostenere specificatamente progetti di rilevanza locale realizzati da associazionismo e Fondazioni del Terzo Settore, è stato approvato dalla Direzione, ad esito di un percorso di co-progettazione, il progetto denominato "SI FA RETE. Sosteniamo insieme la fragilità dell'anziano".

Le principali attività progettuali sono:

- supportare il lavoro dei distretti sanitari e dei Servizi sociali dei Comuni nell'ambito dell'analisi del bisogno della popolazione anziana fragile e dell'intervento proattivo;
- promuovere interventi di informazione e formazione a favore dei caregiver e assistenti familiari sulla gestione della malattia;

- potenziare gli interventi di animazione della comunità e di accompagnamento e sostegno alle persone anziane fragili, ai caregiver e alle famiglie in difficoltà in sinergia con i servizi sociosanitari o sociali del territorio.

Si fa rete. Sosteniamo insieme la fragilità dell'anziano	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Collaborare alla progettazione locale con le associazioni individuate dal progetto per la presa in carico precoce dell'anziano fragile	Partecipazione agli incontri per la definizione delle modalità operative di realizzazione delle singole azioni progettuali

Proseguirà nel 2022 la seconda fase del *programma – intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità*, denominato **PRISMA 7** attraverso la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili. Nel corso del 2021 si è attivato un monitoraggio tra Distretti e Servizi sociali dei Comuni per l'identificazione delle prassi di presa in carico rispetto alle segnalazioni precoci dei potenzialmente fragili.

Nel corso del 2022 tutte le Aziende garantiranno la partecipazione ai tavoli di lavoro per la condivisione delle azioni messe in atto nella seconda fase del programma di sorveglianza leggera e presa in carico anticipata e svolgeranno le attività connesse all'attività di screening rivolta alla popolazione non ancora coinvolta negli anni precedenti.

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

Proseguimento delle attività connesse alle **Sperimentazioni “Abitare possibile” e “Domiciliarità innovativa”**. A seguito della definizione dei rapporti contrattuali con gli Enti gestori per la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e i soggetti titolari delle sperimentazioni, tramite la stipula di apposite convenzioni secondo lo schema predisposto dalla Direzione centrale, le Aziende provvedono ad utilizzare il budget di salute (quota sanitaria), per il finanziamento dei progetti individuali destinati alle persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo, in conformità a quanto previsto dalle DGR 1624/2019 e 1625/2019.

Progetti di abitare inclusivo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	-Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti; -Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo

Proseguirà nel 2022 l'attività finalizzata al **monitoraggio e alla promozione della qualità all'interno delle Residenze per anziani**. A tale scopo, le Aziende continueranno le attività di verifica e approfondimento dei

percorsi avviati negli anni precedenti e realizzeranno almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione centrale salute entro il primo semestre del 2022, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nel corso del 2021.

Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda; - E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2022 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2021.

Nel 2022 le Aziende Sanitarie continuano, ai sensi della DGR n. 161 del 7 febbraio 2020, il loro impegno nell'attuazione degli indirizzi regionali per l'organizzazione ed il funzionamento del servizio di tele-assistenza e telecontrollo, nonché per la promozione e la diffusione del servizio.

Teleassistenza domiciliare	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Le aziende sanitarie implementano il piano di miglioramento predisposto nel 2021.

3.3 Disabilità

Prosegue il processo di riforma del settore della disabilità attraverso la continuazione nel corso del 2022 delle attività di revisione della LR 41/1996, tenuto conto anche della parallela riforma avviata dal Ministero della disabilità a sostegno e completamento degli investimenti contenuti nel PNRR, con la definizione di una "Legge quadro della disabilità" che ha l'obiettivo di fornire un inquadramento normativo su autonomia, domiciliarità, valutazione multidimensionale, progetto individualizzato, de-istituzionalizzazione, integrazione sociosanitaria, semplificazione del riconoscimento della disabilità.

In attuazione delle disposizioni in materia di integrazione e assistenza sociosanitaria, di cui all'articolo 14 della LR 22/2019 sono state approvate, con DGR 1134/2020, le <<Linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità>>, in particolare il sub-allegato A1) sulla presa in carico integrata delle persone nell'area di bisogno della disabilità. Al riguardo, le Aziende seguono le disposizioni delle linee guida in tutte le fasi della presa in carico integrata assicurando in particolare la Valutazione multidimensionale a tutte le persone con disabilità prese in carico.

Valutazione delle persone con disabilità con Q-VAD	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	<p>Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;</p> <p>Sono valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali; • Tutte le persone in carico alle sperimentazioni; • Tutte le persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi)

Con riferimento all'articolo 11 della LR 22/2019, che stabilisce che <<il modello di politica sociosanitaria della Regione è informato all'innovazione continua dei servizi per la produzione di benessere, inteso nella sua dimensione sanitaria, relazionale e sociale, economica e ambientale, quale fattore di sviluppo umano, comunitario e di coesione sociale>>, è approvato il regolamento attuativo (DPR. 129/2021.) dell'articolo 20-bis della LR 41/1996 (Sperimentazioni per l'innovazione del sistema dei servizi per le persone con disabilità).

Il regolamento si integra appieno con la predetta DGR 1134/2020, poiché i due atti segnano un punto di svolta nella riconsiderazione complessiva del tema della disabilità e della regolazione dei servizi ad essa dedicati, in quanto danno attuazione a quanto previsto dai commi 2 e 3 dell'art. 20 bis della LR 41/1996, individuando con atto di indirizzo gli obiettivi, le aree di intervento, le caratteristiche e i contenuti di innovazione dei percorsi innovativi del sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità, nonché andando a disciplinare le procedure di ammissione alla sperimentazione dei percorsi medesimi, le modalità di presentazione, i criteri di valutazione, le modalità di monitoraggio dei progetti, la loro durata e le condizioni per la messa a regime e stabilizzazione del servizio sperimentato.

L'articolo 4 del regolamento attuativo dispone che l'Azienda sanitaria è uno dei soggetti del partenariato che può avere il ruolo di soggetto capofila titolato a presentare le proposte progettuali all'Amministrazione regionale. A sostegno dei progetti sperimentali presentati in partenariato con i soggetti di cui all'art. 2, comma 2, lettera a) del regolamento (strutture di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali) le Aziende utilizzano le opportune quote delle risorse dedicate a "Disabilità – assistenza riabilitativa ex art. 26". A tal riguardo le Aziende prevedono nell'ambito delle sperimentazioni una graduale transizione dal sistema di finanziamento attuale a quello previsto dai LEA.

Realizzazione di percorsi innovativi per la disabilità (art, 20 bis LR 41/96)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali; Le ASS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e, laddove previsto, presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.
Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati. Per i soggetti ex art. 26 che aderiscono ai progetti sperimentali le Aziende procedono, utilizzando le rispettive quote, a un graduale passaggio dal sistema di finanziamento attuale a quello previsto dai LEA.

Nell'ambito dei processi di miglioramento della presa in carico integrata, nel corso del 2021, è stata effettuata la formazione a tutti gli operatori coinvolti nelle tre aziende sanitarie. Sono state individuate in ciascuna azienda le due strutture sede di sperimentazione e sono stati approvati i rispettivi progetti aziendali per condurre la sperimentazione che verrà realizzata su indicazione delle stesse aziende sanitarie nel corso del 2022.

Sicurezza cure farmacologiche	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture entro il 31.12.22

Sicurezza cure farmacologiche	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
applicativo dedicato	

3.4 Minori

Per l'anno 2022 tutte le Aziende sanitarie e i Servizi sociali dei Comuni proseguono la collaborazione nella messa a regime del percorso delineato dalle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla DGR n. 273/2020.

La collaborazione, in particolare, è finalizzata all'individuazione di indicatori e strumenti di valutazione dei profili di bisogno da adottare in modo omogeneo a livello regionale al fine di poter individuare con maggior appropriatezza gli interventi e i percorsi da attivare.

Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori con bisogni sociosanitari	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura viene effettuata la valutazione multidimensionale Tutti i minori valutati dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo Tutti i minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata N° e Tipologia dei progetti personalizzati, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.

Le Aziende sanitarie garantiscono la collaborazione nell'ambito del Programma nazionale cd " P.I.P.P.I." che prevede una presa in carico integrata delle famiglie vulnerabili al fine di prevenire l'allontanamento del minore stesso.

Prevenzione allontanamento familiare – modello P.I.P.P.I.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	- N° dei nuclei familiari presi in carico e dell'impatto che il programma ha avuto - Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte - Partecipazione alle iniziative formative annuali previste dal programma

3.5 Salute mentale

Ad integrazione delle attività di cui al punto 2.7 nell'ambito della realizzazione di "un processo di autorizzazione e accreditamento della rete di offerta dei servizi per la salute mentale, adeguato alla cultura e allo sviluppo delle buone pratiche implementate a livello regionale, nonché all'articolazione e funzionamento dell'attuale rete dei Servizi regionali, che preveda momenti di confronto con gli stakeholders", le attività 2022, dovranno orientarsi al consolidamento e allargamento delle attività del Tavolo Tecnico Regionale costituitosi nel 2018, relativo alla metodologia del PTRI con BIS, che assumerà il compito di sintesi documentale, per l'individuazione dei requisiti qualitativi di programmi e strumenti di abilitazione, condivisi tra Servizi sanitari, sociali, altre agenzie pubbliche, Enti del terzo settore e stakeholders. Un tanto, al fine di giungere in maniera organica alla predisposizione di documentazione propedeutica a percorsi regionali di accreditamento, visto l'orientamento condiviso nell'ambito degli interventi e delle attività

riabilitative e di inclusione sociale.

Programmi abilitativi per le persone con problemi di salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione.	Partecipazione dei referenti del Tavolo Tecnico alla stesura di un documento unico dei DSM regionali, condiviso dagli Enti del Terzo settore, e dagli stakeholders contenente gli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking (evidenza di coprogettazioni, strumenti integrati di intervento, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, convenzioni, contributi, ecc.).

Inoltre proseguiranno le attività già avviate e relative alla valutazione degli esiti, al coinvolgimento degli stakeholders, e alla progettazione personalizzata degli interventi.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Mantenimento utilizzo dello strumento HONOS nell'attività ordinaria e miglioramento dell'attività di valutazione degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti dei DSM alle attività finalizzate alla stesura di un documento unico regionale relativo alla costruzione di un disegno di ricerca per la covalutazione con i destinatari e il Terzo Settore, degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Supportare le sperimentazioni e i progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi promossi dai servizi.	Realizzazione di interventi formativi e di coinvolgimento delle figure dei peer support workers e delle persone con esperienza nelle attività abilitative orientate alla recovery e consolidamento delle progettualità con la partecipazione del Terzo settore e in particolare delle Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12).

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DSM l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento nel sistema informativo Point pSM dei progetti personalizzati entro il 31.12.22 per tutte le persone con bisogni complessi in carico ai DSM. Stima indicativa del target: 30% del totale delle persone in carico ai DSM.

3.6 Dipendenze

In continuità con l'esercizio precedente, nel settore delle dipendenze proseguirà l'impegno allo sviluppo e al consolidamento degli interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica, in linea con le disposizioni della legge regionale 22/2019 e secondo le linee guida per la qualificazione dell'offerta regionale adottate con la deliberazione della Giunta regionale n. 1435/2020.

Tale quadro di riferimento sarà in corso d'anno integrato da indicazioni ulteriori per l'area del disturbo da gioco d'azzardo che, secondo quanto previsto dalle linee d'azione adottate dal Ministero della salute con DM del 16 luglio 2021, n. 136, dovranno favorire l'integrazione tra i servizi pubblici e le strutture private accreditate, gli enti del terzo settore e le associazioni di auto-aiuto della rete territoriale locale.

Per l'uniformazione sul territorio regionale delle pratiche di presa in carico, con gli interventi formativi realizzati nel corso del 2021 sulla tematica del Piano terapeutico Riabilitativo individualizzato (PTRI), si sono poste le premesse per accompagnare i territori verso l'adozione di un modello comune e condiviso di PTRI, che assume rilievo anche in vista dei futuri sviluppi di informatizzazione nell'ambito del nuovo gestionale per le dipendenze (GEDI), di cui è prossimo il rilascio, condizionatamente al necessario adeguamento del parco macchine.

Nell'ottica di migliorare la costruzione delle risposte personalizzate rendendole flessibili ai bisogni di salute, è destinata ad operare la linea di finanziamento dedicata al budget di salute, quale strumento per la flessibilità dell'offerta terapeutico-riabilitativa aperta all'apporto degli enti del terzo settore.

Lungo la direttrice di operatività della qualificazione dell'offerta e dell'integrazione fra le sue diverse componenti, in considerazione dell'importanza del trattamento riabilitativo residenziale nel territorio di residenza dell'utente, i servizi per le dipendenze collaboreranno con le Comunità terapeutiche regionali accreditate per valorizzarne la capacità di accoglienza a fini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili, ricorrendo agli invii in strutture extraregionali solo nei casi motivati dalla miglior soddisfazione dei bisogni che non possano essere assicurati in regione.

Sul fronte della prevenzione, in aderenza agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e nell'ambito delle previsioni del Piano regionale di prevenzione in vigore nell'anno 2022, le Aziende daranno continuità d'intervento all'incremento dell'offerta del testing e dei percorsi integrati ospedale-territorio per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali e le altre malattie sessualmente trasmissibili e per favorire l'accesso ai percorsi di cura.

In ragione dei nuovi scenari di consumo, che hanno visto con la pandemia da Covid-19 una accelerazione dei rischi di *addiction* comportamentale (*internet addiction, gaming, gambling*) l'impegno è nella direzione di programmi di prevenzione e trattamento delle nuove dipendenze tecnologiche, con particolare riguardo al target di utenza giovanile, da realizzarsi partendo da interventi di formazione congiunta e intersettoriale degli operatori, a miglioramento anch'essa del processo di presa in carico.

Miglioramento della presa in carico delle persone con dipendenza patologica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Adozione formale di un modello comune di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi 1.2. Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse dedicate 1.3 Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti
2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.1 Relazione sui dati degli inserimenti in struttura intra ed extra regionale, con motivazione espressa per gli invii fuori regione e con evidenza degli esiti dell'attività di collaborazione con le Comunità terapeutiche regionali in termini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili rispetto all'esercizio precedente 2.2 Almeno 1 evento di formazione congiunta e intersettoriale in tema di nuove dipendenze tecnologiche, con particolare riguardo al target giovanile
3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.1. Predisposizione Hardware secondo il cronoprogramma condiviso. 3.2 Formazione all'utilizzo del gestionale di almeno il 40% degli operatori.

Infine, le Aziende adempiranno agli oneri informativi nei confronti dell'Osservatorio con l'invio dei dati necessari alla stesura del Rapporto annuale sulle dipendenze (NIOD) alle scadenze stabilite.

3.7 Integrazione con la programmazione sociale

I recenti Piani di programmazione sociale e sociosanitaria elaborati a livello nazionale in quest'ultimo anno rappresentano, per molti aspetti, un punto di svolta nelle politiche sociali e sociosanitarie nazionali e avranno un impatto decisivo sul sistema dei servizi e interventi a livello regionale.

Fra i principali documenti di programmazione nazionali, si indicano in particolare:

- il **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**: la Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 – Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ottica di una programmazione integrata e coerente con i principali Piani nazionali, individua tre linee di investimento tese al rafforzamento delle azioni per il sostegno alle persone vulnerabili, ai percorsi di autonomia dei disabili, alla grave marginalità. Nel Piano operativo recentemente emanto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali si prevedono progettualità per l'implementazione di: a) Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; b) Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità; c) Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta;
- il **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023** – contenente a sua volta il Piano sociale nazionale 2021-2023 (PSN) – che, grazie alla progressiva stabilizzazione dei fondi dedicati alla politica sociale indica alcuni nuovi livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e ne rafforza altri, con l'obiettivo di rendere strutturale un sistema *"che sappia sostenere una logica complessiva di sviluppo dei servizi, nei vari ambiti in cui attualmente si articola la programmazione, fondata su un approccio volto a sostenere e valorizzare le risorse delle persone che vengono prese in carico da un sistema sempre più solido e competente, che sia capace di promuovere sul territorio la partecipazione delle reti di cittadinanza coniugando welfare e sviluppo della democrazia"*.

Il PSN nella scheda dedicata al Punto Unico di Accesso PUA (2.7.1) definisce che lo stesso è realizzato e gestito congiuntamente dall'Ambito territoriale e dalle Aziende Sanitarie, ovvero dall'Ambito territoriale che concorda mediante protocolli o accordi modalità operative e di presa in carico con le Aziende Sanitarie per assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Il PUA è l'evoluzione dell'organizzazione di servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale) già organizzati in ciascun ambito territoriale consentendo, in tal modo, l'accesso unificato a tutte le prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie, come peraltro già sostanzialmente previsto a livello regionale dall'Atto di programmazione per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale 2018-2020 di cui alla DGR 1489 del 6 agosto 2018.

Il PSN introduce come LEPS le dimissioni protette, che riguardano in particolar modo le persone anziane e persone fragili alla dimissione dall'ospedale. Per "dimissione protetta" si intende una dimissione da un contesto sanitario che preveda una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sanitari e i servizi sociali dei Comuni. È necessario provvedere a un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi alla presa in carico da parte dei servizi sociali. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Questi riferimenti pertanto hanno una rilevanza strategica nella programmazione dei servizi, anche per

promuovere l'integrazione con i progetti di cui alla Missione 6 del PNRR.

Integrazione con la programmazione sociale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire le modalità di presa in carico integrata. Per ogni Azienda Il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo e entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.
2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire il modello di presa in carico del PUA. Per ogni Azienda Il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo e entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.
3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire un modello organizzativo per le dimissioni protette. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo e entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo

3.8 Area Welfare

L'Area Welfare di Comunità, in coerenza con quanto previsto all'art. 9 della [legge regionale 25 luglio 2012 n. 14](#), svolge funzioni di supporto alla programmazione, implementazione, monitoraggio e valutazione nonché ricerca, sviluppo e innovazione in materia di politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali. Nello specifico, le sue funzioni riguardano:

1. supporto alla definizione della **pianificazione strategica e della programmazione attuativa**: elaborazione di documentazione tecnica funzionale alla presa di decisione in base a comparazioni, analisi di *best practice* e proposte alternative; predisposizione di bozze incrementalmente relative a proposte di atti di carattere normativo, regolamentare o amministrativo;
2. supporto all'implementazione della **programmazione attuativa**: attività di informazione e formazione degli operatori dei servizi, enti e organizzazioni coinvolte nella programmazione; accompagnamento nell'attuazione degli interventi con contestuale supporto all'analisi, all'adattamento e alla reingegnerizzazione dei processi organizzativi implicati; adeguamento e sviluppo di strumenti - anche informatizzati - a supporto della gestione dei processi e dello scambio informativo inter-istituzionale, tra gli operatori, nonché nei confronti degli utenti e della cittadinanza in generale (portali tematici, comunità di pratiche, ...);
3. **monitoraggio e valutazione** della pianificazione strategica e della programmazione attuativa: definizione e gestione di specifici disegni di monitoraggio e valutazione di piani, programmi e interventi regionali e locali; raccordo con i sistemi informativi nazionali, con le rilevazioni nazionali condotte da ISTAT e Ministero e con specifici sistemi informativi adottati o in fase di sviluppo a livello regionale; elaborazione e analisi dati; produzione di report e relazioni;
4. **ricerca, sviluppo e innovazione**: realizzazione di attività di indagine su temi e problematiche rilevanti per la pianificazione regionale sulle quali risultano carenti le informazioni a disposizione;

collaborazione con università e altri enti e/o istituti di ricerca; introduzione in via sperimentale di processi, strumenti, servizi e interventi volti a fornire risposta ai bisogni inespressi o non soddisfatti della popolazione e/o a innovare e migliorare le modalità di risposta esistenti;

5. **gestione dei procedimenti amministrativi** in delega dalle Direzioni centrali dell'Amministrazione regionale: individuazione e definizione della procedura amministrativa appropriata; elaborazione di tutti gli atti e i provvedimenti necessari; gestione della fase istruttoria; eventuale erogazione di contributi; attività di rendicontazione e controllo.

In particolare, per l'anno 2022, le principali linee di lavoro sono:

1. supporto alla riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per minori, persone con disabilità, anziani, con particolare riferimento alla revisione della regolamentazione in essere, alla predisposizione del regolamento di accreditamento, nonché degli atti finalizzati all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e alla definizione del fabbisogno;
2. supporto al processo di unificazione dei fondi SLA, Gravissimi e FAP in coerenza con quanto previsto nel Documento programmatico del fondo per la non autosufficienza della Regione FVG per il triennio 2019-2022 approvato con DGR 1732/2020;
3. supporto alla predisposizione della proposta di riforma della legge in materia di disabilità (LR 41/1996) e supporto alla predisposizione del percorso relativo alla condivisione di tale proposta con gli attori coinvolti.
4. Supporto alla realizzazione di una relazione illustrativa ai sensi dell'articolo 61 della LR 6/2006.
5. formazione sistemi di VMD Q-VAD e Val.Graf.-FVG;
6. Accompagnamento dell'applicazione delle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di cui alla DGR 273/2020;
7. accompagnamento dell'implementazione del programma nazionale PIPPI in regione;
8. accompagnamento all'utilizzo dei sistemi informativi SIRA-FVG, Genesys e Q-VAD versione informatizzata;
9. avvio e gestione Portale regionale disabilità;
10. accompagnamento al processo di accreditamento delle strutture residenziali per anziani;
11. manutenzione evolutiva sistemi informativi a supporto delle attività nell'ambito dell'area anziani, minori, dipendenze, disabilità, salute mentale;
12. predisposizione e accompagnamento all'uso di strumenti condivisi a livello regionale a sostegno della presa in carico integrata nelle aree ad alta integrazione.
13. monitoraggio flussi dati e produzione reportistica per tutte le aree, anche ai fini degli adempimenti relativi ai flussi a livello nazionale;
14. monitoraggio delle sperimentazioni abitare inclusivo (abitare possibile e domiciliarità innovativa);
15. monitoraggio interventi di cui alla Legge n. 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".
16. monitoraggio delle progettualità e sperimentazioni in materia di minori e famiglia;
17. sperimentazione budget di salute a domicilio (art. 13, LR 10/97);
18. supporto alla co-progettazione e attuazione dei percorsi sperimentali di cui all'art. 20bis della LR 41/96;
19. supporto allo sviluppo di sistemi informativi integrati della presa in carico integrata.
20. gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con leggi regionali.

Le predette linee di lavoro, per ciò che riguarda l'anno 2022, verranno dettagliate con specifico documento esecutivo. In particolare, gli obiettivi strategici di Area Welfare di Comunità nel 2022 sono i seguenti:

Area Welfare 2022	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Accompagnare all'utilizzo attraverso percorsi formativi gli operatori che si occupano di VMD con strumento Val.Graf-FVG	Almeno un corso di formazione realizzato.
Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Documento con proposta nuove regole di finanziamento Proposta piano di accompagnamento all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e relativo monitoraggio
Realizzazione accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	Proposta di documento relativo al piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.
Predisporre bozze incrementalmente di proposta della Legge di riforma della disabilità (LR 41/96) e supporto il percorso di condivisione.	Bozze di proposta di riforma della LR 41/96, bozze di piano di condivisione e materiali a supporto della stessa.
Realizzazione accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito delle sperimentazioni di cui all'art.20 bis della LR 41/96..	Proposta di documento relativo al piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.
Rilasciare e gestire il portale della disabilità	Portale rilasciato e mantenuto
Sperimentare i profili Q-VAD	Profili Q-VAD sperimentati
Accompagnare il rilascio dello strumento Q-VAD in versione informatizzata	Manuale di utilizzo e realizzazione di almeno un corso di formazione
Monitorare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nonché le condizioni di vita delle persone che ne fruiscono.	Report annuale contenente i dati di flusso del sistema dell'offerta e i dati relativi alle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali, e semiresidenziali.
Offrire gli elementi tecnici per l'implementazione e la simulazione d'impatto del nuovo Fondo Unico (FAP, SLA, Gravissimi)	Documenti contenenti gli elementi tecnici di supporto all'implementazione e simulazioni d'impatto.
Definire un modello condiviso a livello regionale di progetto personalizzato per la presa in carico delle persone con dipendenze patologiche	Modello di progetto personalizzato condiviso a livello regionale.
Dotare di un nuovo sistema informativo i servizi per le dipendenze patologiche	Piano di rilascio e adeguamento. Almeno un corso di formazione.
Monitorare il flusso dei minori fuori famiglia (accolti in comunità e in affidamento familiare) in carico ai SSC e delle AS della regione e di quelli accolti nelle comunità per minori della regione FVG	Report questionari ISTAT presidi per minori della regione FVG (anno2021) Report dati relativi ai minori in carico ai SSC e AS con intervento di affidamento familiare e di accoglienza in comunità (fonte Cartella sociale informatizzata 2021)
Monitoraggio delle sperimentazioni di Abitare inclusivo e domiciliarità innovativa avviate in regione FVG	Disegno di valutazione e strumenti di monitoraggio Report di monitoraggio delle sperimentazioni in corso
Erogare il finanziamento definito con commi 33,34,35,36 articolo 9 Legge regionale 30 dicembre 2020 n. 26, per sostenere il sistema di mobilità e accessibilità a favore delle persone con limitata autosufficienza o anziane, ricoverate presso i servizi residenziali per anziani non autosufficienti resi dai Comuni, dalle Aziende sanitarie, dalle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all'articolo 14, commi 2 e 3, della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, a esclusione dei soggetti privati aventi scopo di lucro, aventi sede nel territorio regionale.	Contributi previsti dall' art.9 LR 26/2020 erogati.

3.9 Consulori familiari - attività sociosanitaria -

Le Aziende sanitarie, a completamento delle azioni attivate con i precedenti finanziamenti del Fondo Politiche della famiglia, proseguono e rafforzano le azioni di sostegno alla genitorialità complessa e fragile, anche in conseguenza dei cambiamenti sociali dovuti all'emergenza COVID-19, con particolare attenzione alle situazioni familiari in condizioni di povertà economica, di trascuratezza e di disagio sociale;

Sviluppo della presa in carico integrata delle famiglie vulnerabili	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Progettazione integrata tra SSC e Consulori per la realizzazione di interventi e attività di supporto psicosociale e socioeducativo, rivolti a minori e famiglie fragili	Evidenza della programmazione integrata sociosanitaria territoriale tra i servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico delle famiglie vulnerabili.
Rinforzo e sviluppo dei servizi sociosanitari attraverso il potenziamento di interventi professionali socio-psicopedagogici aventi lo scopo di offrire risposte multiprofessionali	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo socio-psicopedagogico realizzati per singola azienda al 31.12.2022

All'interno del Tavolo di coordinamento regionale per l'adozione nazionale e internazionale, le aziende proseguono nella collaborazione, in coerenza con le Linee guida regionali, alla formazione nelle scuole e a un'azione di monitoraggio e valutazione dell'iter adottivo. Per l'anno 2022 si intende focalizzarsi sull'accompagnamento del post adozione e del supporto fornito alle famiglie attraverso l'impostazione di una ricerca sulle buone prassi con un benchmarking tra le diverse esperienze regionali e nazionali.

Adozione	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Definizione di una ricerca sulle buone prassi nell'accompagnamento alla post adozione e al supporto che ricevono le famiglie nel tempo fino al compimento della maggiore età dei figli	Predisposizione del disegno di ricerca

La Regione ha approvato la recente legge 12/2021 "Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori" con l'obiettivo di garantire una serie di azioni e servizi volti a contrastare i fenomeni di violenza.

Per l'anno 2022 le Aziende oltre a rafforzare le attività in collaborazione con i Centri antiviolenza, con i SSC e gli altri attori istituzionali nel farsi carico delle situazione delle donne maltrattate, promuoveranno interventi volti alla promozione e al recupero degli uomini autori di violenza, con l'istituzione e il potenziamento dei centri di riabilitazione per uomini maltrattanti, come previsto dall'Avviso per gli interventi relativi all'art. 26-bis del decreto legge n. 104 del 2020 convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti;	N° incontri di coordinamento con le diverse associazioni che si occupano del tema degli uomini che agiscono violenza Condivisione stesura scheda di raccolta dati monitoraggio continuo sugli uomini presi in carico.
formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere, sugli strumenti di valutazione del rischio;	N° eventi formativi realizzati

3.10 Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile

Nel 2022 le Aziende del Servizio Sanitario Regionale promuovono e rafforzano i rapporti di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e le Fondazioni, al fine di consolidare la Rete e i relativi nodi territoriali promuovendo risposte omogenee a livello regionale, anche con riferimento alle disposizioni normative poste in essere per la gestione della complessa emergenza epidemiologica da COVID-19.

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

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

Prosegue la collaborazione tra Regione, Enti del SSR ed ETS, finalizzata al potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale regionale. In particolare:

a) le Aziende del SSR nel 2022, nell'ambito della revisione della propria organizzazione individuano una articolazione organizzativa dedicata alle tematiche del terzo settore e al ruolo del volontariato all'interno delle stesse anche alla luce di quanto previsto dal P.N.R.R. nella costruzione della rete territoriale. La funzione dovrà supportare i percorsi giuridici e l'applicazione degli istituti partecipativi previsti dal D.Lgs. 117/2017 all'interno dell'azienda;

b) con riferimento agli obiettivi di programmazione strategica sanitaria, sociosanitaria e sociale regionale con particolare riferimento agli interventi di facilitazione nell'ambito dei percorsi assistenziali a favore delle persone fragili e con comorbidità e alle attività di supporto ai *caregiver*, gli Enti del SSR, oltre a sviluppare specifiche azioni, intervengono in qualità di Collaboratori nell'ambito dei Progetti e/o delle Iniziative presentati dagli Enti del Terzo settore alla DCSPSD per l'accesso a misure di incentivazione rilasciando l'attestato di coerenza preliminare e di realizzazione progetto ove ne sussistano i presupposti;

c) anche nel corso del 2022 una particolare rilevanza sarà data agli interventi di supporto da parte degli ETS nell'ambito del potenziamento delle USCA, nell'ambito degli interventi di prevenzione e di gestione delle situazioni a rischio, supportando dal punto di vista logistico l'operato di Medici di Medicina generale e Dipartimenti di prevenzione, nonché nel contribuire al monitoraggio della popolazione fragile;

d) anche per l'anno 2022, in coerenza con la riforma del Terzo settore e con il conseguente percorso di trasformazione sociale, nell'ottica dell'innovazione e della promozione del benessere e dello sviluppo sostenibile della comunità locale, la Regione prosegue il sostegno alla cooperazione sociale sia attraverso

interventi di incentivazione, nella forma di contributi ad attività, investimenti o iniziative progettuali realizzate da enti iscritti all'Albo delle cooperative sociali, sia mediante il finanziamento delle convenzioni stipulate dagli enti pubblici con tali cooperative sociali per la realizzazione di progetti relativi a prestazioni di servizi che prevedono l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Ai sensi del DLgs 117/2017 e del Codice dei Contratti la DCSPSD, in collaborazione con i referenti aziendali per i rapporti e le collaborazioni con gli ETS, nel corso del 2022 verrà sviluppata un'analisi al fine di individuare una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi adatta al contesto regionale.

In questa cornice di collaborazione tra il sistema sanitario regionale, il sistema sociale e gli Enti del Terzo Settore la DCSPSD nel corso del 2022 avvierà uno studio di fattibilità per integrare le risorse e gli interventi che gli ETS mettono in campo nell'ambito dei servizi sanitari, socio sanitari, socio assistenziali e socio educativi, anche tramite l'armonizzazione dei sistemi informativi esistenti. È chiesto agli Enti del servizio sanitario regionale e ai Servizi sociali dei Comuni la collaborazione di propri referenti nell'ambito dell'analisi di fattibilità di cui sopra.

Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP)

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale si attivano per dare attuazione a quanto previsto dall'art. 12 della L.R. 22/2019 per quanto attiene i rapporti e le forme di collaborazione con le Aziende pubbliche di servizio alla persona (di seguito ASP). Le stesse favoriscono la collaborazione reciproca al fine della adozione o revisione di protocolli gestionali condivisi.

Servizio Civile Universale e Servizio Civile Solidale Regionale

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale promuovono, secondo quanto previsto dalla vigente normativa, progetti di Servizio Civile Universale e Servizio Civile Solidale Regionale funzionali all'acquisizione di esperienze, in considerazione delle diverse fasce di età, da parte dei volontari avviati, nella realizzazione di attività di supporto e di utilità in ambito socio assistenziale.

Formazione operatori sociosanitari (OSS)

Nel corso del 2022, in considerazione della carenza del profilo di operatore socio sanitario, le Aziende sanitarie realizzeranno le attività di formazione regionale per il conseguimento di detta qualifica, al fine di soddisfare il fabbisogno determinato per l'anno 2022 in 540 operatori.

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

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

Formazione operatori sociosanitari (OSS). Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono realizzati entro il 31.12.2022.
A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria.	I corsi sono realizzati entro il 31.12.2022.

La progettualità è finanziata da una specifica linea di finanziamento.

Rapporti con gli enti del terzo settore, le fondazioni, le asp.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche.	Evidenza degli atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2022 a seguito di iniziativa propria o richiesti da ETS, Fondazioni e ASP.
Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG.	Le Aziende per il tramite delle proprie articolazioni effettuano tutte le valutazioni formali che vengono loro sottoposte dagli ETS nel rispetto dei tempi procedurali.
Adozione di un regolamento aziendale che disciplina i rapporti con gli ETS.	Adozione del documento entro il 31.12.2022.

4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

4.1 Indicatori di attività

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

4.1.1 Indicatori di attività ospedaliera

Di seguito viene richiamato solo un indicatore di attività rispetto al quale le Aziende si dovranno impegnare ad assicurare adeguati standard qualitativi anche in presenza dell'emergenza epidemiologica COVID-19, organizzando l'offerta ospedaliera tenendo conto del modello *Hub e Spoke*, rimandando per gli ulteriori obiettivi e indicatori quanto già esposto nella Parte *Linee di gestione- obiettivi strategici o a gestione prioritaria*:

Indicatori attività ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h $\geq 70\%$ (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio

4.1.2 Indicatori Emergenza urgenza

Pronto Soccorso

Obiettivo	Risultato atteso
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei

Obiettivo	Risultato atteso
	pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)
Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%

Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI

Obiettivo	Risultato atteso
Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	presenza e completezza $\geq 95\%$ dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 1 mese dalla dimissione $\geq 80\%$ (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza.
Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	Percentuale di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti $\geq 75\%$. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Percentuale di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione $\geq 60\%$. Per azienda di residenza.
Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL ≤ 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione $> 50\%$ (fonte PDTA). Per azienda di residenza.
Follow up post STEMI o NSTEMI a 1 anno	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL ≤ 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione $> 75\%$ (fonte PDTA). Per azienda di residenza.

Emergenze Cardiologiche – NSTEMI

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

Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta

Obiettivo	Risultato atteso
Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina $\geq 75\%$ (2° semestre 2022).

Emergenza Territoriale

Obiettivo	Risultato atteso
ARCS: Applicare la procedura di triage telefonico a tutte	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in

le chiamate di intervento sanitario	almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso
-------------------------------------	--

Rene

Obiettivo	Risultato atteso
Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)

4.2 Trapianti e donazioni

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

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

Obiettivo	Risultato atteso
Trapianto di rene :	ASU FC garantisce un n. di trapianti = > a 60 a parità di donatori
Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a <ul style="list-style-type: none"> ○ Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione ○ Donazione di sangue ed emoderivati ○ Donazione Cellule Staminali ○ Donazione di organi ○ Donazione di tessuti ○ Donazione di sangue cordonale

4.3 Infertilità

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.

4.4 Percorso nascita

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Comitato percorso nascita Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%) - audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro 31.12.2022 - almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento

Si richiamano, inoltre, gli obiettivi inseriti tra quelli a gestione prioritaria già indicati *supra* al punto E. INDICATORI D'ATTIVITÀ E DI ESITO E OBIETTIVI D'ASSISTENZA - sottopunto E.2.1 *Area perinatale*.

4.5 Pediatria

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

Obiettivo	Risultato atteso
IRCSS Burlo Rete oncologica pediatrica Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2022
IRCSS Burlo Area emergenza-urgenza Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2022 dal BURLO è definito e trasmesso ad ARCS e DCS la proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.
Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI

4.6 Sangue ed emocomponenti

Nel 2022, in linea con quanto previsto dalla Riforma Sanitaria, considerate le esigenze derivanti dal mutato contesto sociale e sanitario e dalla grave carenza di personale, al fine di mantenere l'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati, di garantire la qualità e la sicurezza della donazione e della trasfusione e di contribuire all'autosufficienza nazionale, si dovrà costituire una nuova rete regionale trasfusionale tramite l'aggregazione e l'integrazione delle strutture trasfusionali, perseguendo l'unitarietà di gestione e di processo in grado di realizzare economie di scala e di scopo.

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

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

Obiettivo	Risultato atteso
Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Tutte le aziende Raccolta sangue: Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020 ASUFC: Mantenimento delle convezioni extraregionali
Emoderivati d piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma Il DIMT contribuirà alla raccolta di plasma con la quota del 20% (DIMT ASUGI) 25%(DIMT ASFO) 45% (DIMT ASFC) 10%(CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione
Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.
Sicurezza	Tutte le aziende: - Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata in almeno 90% dei reparti (EMOWARD) -Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente
Governo clinico	Tutte le aziende: Linee guida condivise regionali sulla trasfusione. Costituzione gruppo lavoro
Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe): Implementazione di tutti gli esami di validazione al curpe con accentramento degli stessi Allestimento attività congelamento emazie e inattivazione piastrinico
Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni (1 sperimentazione per DIMT)
Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.

5 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E ACCREDITAMENTO

5.1 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 2022, si prevede il consolidamento della Rete Cure Sicure FVG soprattutto in ambito territoriale e l'adempimento alle richieste istituzionali. Gli obiettivi e i risultati attesi relativamente ai programmi di *antimicrobial stewardship*, prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sicurezza del farmaco, violenza a danno degli operatori e superamento della contenzione sono indicati nella tabella che segue.

Obiettivo	Risultato atteso
Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.
Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES. Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.
Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla <i>survey</i> AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.
Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.
Identificazione di almeno una buona pratica per la <i>Call for Good Practice</i> (Agenas)	Inserimento di almeno una buona pratica nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla <i>call</i> Agenas.
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.
Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Miglioramento di almeno uno standard non conforme alla valutazione CARMINA 2021.
Lotta alle resistenze antibiotiche	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza. • Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3. • Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale. • Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella. • Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze. • Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti). • Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico.
Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.
Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.

5.2 Accreditemento

La Regione continuerà la partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti, come previsto dal Ministero della Salute, quale presupposto di garanzia della qualità delle cure per l'applicazione della direttiva 24/UE sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. Tale attività

coinvolgerà sia la Direzione centrale salute, sia l'OTA attraverso i referenti degli enti del SSR che ne fanno parte.

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

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

Obiettivo	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	<ul style="list-style-type: none"> - Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute. - Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

6 ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA

Per il 2022 le Aziende promuoveranno azioni mirate ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). In continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale del 2021, sarà quindi assicurata ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella specialistica-ospedaliera.

6.1 Tetti di spesa farmaceutica

I tetti di spesa per la farmaceutica, già rideterminati a decorrere dall'anno 2021 dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178, al comma 475 del suo articolo 1, con un valore per la spesa farmaceutica convenzionata pari al 7 per cento e un valore per la spesa per acquisti diretti fissato al 7,85 per cento (comprensivo dei Gas medicinali) - 14,85 per cento il limite complessivo per tale spesa -, sono stati nuovamente rideterminati per l'anno 2022 dalla 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) nella misura del 15,00 per cento complessivo, ferma rimanendo la quota del 7 per cento per la spesa farmaceutica convenzionata.

Nell'esercizio 2022, pertanto, ai sensi della normativa vigente il tetto della spesa farmaceutica territoriale convenzionata rimane ancora fissato al 7% del FSR, mentre quello della farmaceutica per acquisti diretti è elevato all'8,00 per cento - ex 7,85% - del FSR (comprensivo del tetto acquisto diretto gas medicinali - ATC V03AN - pari allo 0,2%).

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

I vincoli fissati a livello regionale per il 2022 sono indicati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2022 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie</p>	<p>- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione – monitoraggi AIFA periodici.</p> <p>- Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS.</p>

6.2 Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva

Le direzioni strategiche in collaborazione con le strutture aziendali di farmacia individueranno, negli ambiti non correlati all'emergenza COVID-19 e compatibilmente con le modalità organizzative adottate per la gestione della fase emergenziale, specifici obiettivi per i prescrittori, sia in ambito territoriale che ospedaliero correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di privilegiare l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, nonché di favorire a livello territoriale presso la medicina generale la promozione dell'aderenza alle terapie croniche.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel <i>setting</i> ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>1 obiettivo in ambito territoriale</u> anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.); - <u>1 obiettivo in ambito ospedaliero</u> volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.) <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i <i>setting</i></p>	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre). <p><i>Modalità di valutazione:</i> Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>

6.3 Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale

Per il 2022 si conferma l'indicatore di appropriatezza già presente nel 2021 tratto dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018" redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa, un network di regioni a cui partecipa anche il Friuli Venezia Giulia, relativo alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi a cui si aggiunge un indicatore tratto da rapporto OSMED di AIFA in tema di aderenza terapeutica al trattamento con farmaci antidiabetici.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso				
Le Tabelle riportano il target per il 2022 relativamente agli indicatori: - percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi;					
	Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2019	Valore aziendale 2020	Target
	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	24,08	23,07	Mantenimento 2020
		ASU FC	21,03	20,02	Mantenimento 2020
AS FO		22,84	21,21	Mantenimento 2020	
- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Per il 2022 i valori target di aderenza a cui tendere sono rappresentati dai valori del raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2020: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. In corso d'anno la DCS di concerto con ARCS elaborerà l'indicatore su base regionale e disaggregato per Azienda, ai fini di un successivo monitoraggio puntuale. <i>Modalità di valutazione complessiva:</i> 2 indicatori a target = raggiunto 1 indicatore a target = parzialmente raggiunto 0 indicatori a target = non raggiunto				

6.4 Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le Aziende assicureranno azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR, nel rispetto del quadro normativo definito dalla L. 232/2016 (art. 1 comma 407) che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. Tali azioni saranno rivolte sia all'ambito specialistico-ospedaliero che a quello territoriale e della continuità ospedale-territorio. Sulla tematica andranno sensibilizzate anche le Strutture private accreditate.

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi <i>setting</i> di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di <i>dashboard</i> regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) <i>Modalità di valutazione:</i>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
	Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)

6.5 Gestione delle terapie con ormone della crescita

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	- Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no

6.6 Attività centralizzate – ARCS

Il Magazzino ARCS acquista e distribuisce farmaci, dispositivi medici e altri beni sanitari per garantire le attività assistenziali degli Enti del SSR. Un'efficiente gestione delle scorte rende minimo il fenomeno dei mancati senza incorrere in scorte eccessive. Infatti, nei casi in cui gli Enti modifichino i protocolli terapeutici e/o l'uso di tecnologie, soprattutto ad alto impatto economico, senza conseguente condivisione con il Magazzino di ARCS, aumenta il rischio di generare articoli inutilizzati, con un possibile danno economico per il sistema.

In un'ottica di efficientamento è quindi necessario costruire un percorso comune e condiviso tra ARCS, che gestisce la programmazione delle scorte, e gli Enti del SSR che svolgono l'attività clinica, al fine di minimizzare il rischio di superare il tempo limite di utilizzo dei prodotti e ottimizzare le scorte.

L'ARCS inoltre coordina le attività propedeutiche alla stesura dei capitolati tecnici e alla definizione dei capitolati di gara, avvalendosi anche delle proprie competenze di HTA, fornisce il supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi, contribuendo complessivamente a perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.

Al fine di razionalizzare la spesa per l'acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto e per i quali siano presenti sul mercato i relativi farmaci biosimilari, applica le disposizioni dell'art.1, comma 7, della L. 232/2016.

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

Relativamente ai medicinali erogati in DPC, ARCS persegue ogni azione utile ad assicurare l'efficienza del sistema anche monitorando puntualmente le variazioni del prezzo al pubblico dei farmaci e adottando ogni misura conseguente.

Considerata l'importanza di garantire la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC e di ottimizzare i tempi di approvvigionamento, ARCS garantisce la vigilanza sull'adeguatezza funzionale dei servizi informatici in uso rappresentando, dove necessario, tempestivamente alla DCS le eventuali esigenze di adeguamenti informatici funzionali per una migliore gestione delle procedure di ripristino scorte.

Mensilmente mette a disposizione di tutte le aziende sanitarie una lista aggiornata dei farmaci aggiudicati a gara.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>ARCS monitora periodicamente le giacenze dei beni gestiti a magazzino, compresi i prodotti inutilizzati e i quantitativi eventualmente scaduti. Per contribuire a massimizzare l'efficienza del sistema definisce, in collaborazione con gli altri Enti del SSR, dei criteri per la corretta gestione delle scorte e l'introduzione e la dismissione di articoli in relazione alle esigenze cliniche, nel rispetto dell'economicità della gestione.</p>	<p>entro il 31.12.2022, ARCS predispone, in collaborazione con gli altri Enti del SSR, una procedura di "gestione del magazzino" per un efficientamento del sistema e una stima delle ricadute possibili, tenuto conto dei dati di monitoraggio.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> documento inviato nei termini: sì/no</p>
<p>ARCS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto, continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci soggetti a registro AIFA per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results)</p>	<p>ARCS invia periodicamente alla DCS l'evidenza dei ristori effettuati</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Ristori effettuati: sì/no</p>
<p>In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.</p>	<p>Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)</p>

La gestione complessiva delle scorte di Magazzino, peraltro, deve orientarsi, per raggiungere una maggiore economicità, alla riduzione del valore dei farmaci con basso indice di rotazione che potrebbe rappresentare capitale immobilizzato; a tal fine è necessario rivedere la tipologia, la numerosità ed i livelli di scorta dei farmaci gestiti in ciascun *Buffer* aziendale di Ente, rendendoli coerenti con i reali consumi/necessità assistenziali.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun <i>Buffer</i> aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.</p>	<p>ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. <p><i>Modalità di valutazione:</i> ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.</p>

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
	<p>ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l' 80% delle giacenze delle referenze di ciascun <i>Buffer</i> secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS;</p> <p>l'inventario informatico del <i>Buffer</i> dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a <i>Buffer</i>.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a <i>Buffer</i>.</p>

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

Compatibilmente con le modalità organizzative adottate nella fase emergenziale conseguente alla pandemia da Covid19, le Aziende garantiscono i livelli essenziali di assistenza previsti dall'art. 9 del DPCM 12.01.2017, assicurando tra l'altro:

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

L'Accordo quadro regionale della DPC dei medicinali (DGR 12/2018) è stato prorogato al 31/12/2022 (DGR 1725/2021). Le Aziende recepiscono la proroga, con proprio atto, entro il 31 gennaio 2022.

Le Aziende mantengono l'ottimizzazione del percorso di assistenza farmaceutica attraverso la DPC diffondendo a tutti i soggetti coinvolti ogni informazione utile alla completa e migliore applicazione dell'Accordo, quali ad esempio l'elenco aggiornato periodicamente dei farmaci in DPC, e attivando dei percorsi assistenziali appropriati anche nelle more dell'effettiva disponibilità in piattaforma dei medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC.

Nei casi di ricorso al canale convenzionale (non sostituibilità, ricette urgenti, farmaci mancanti in DPC, ecc.). in alternativa alla DPC, ne approfondiscono le motivazioni con i prescrittori.

Sul piano dell'appropriatezza, attivano appositi tavoli multidisciplinari, preferibilmente interaziendali, avvalendosi, laddove opportuno, della collaborazione di ARCS, per definire dei percorsi volti all'utilizzo dei medicinali con il miglior profilo costo—efficacia negli ambiti terapeutici a maggior impatto di spesa, quali ad esempio i farmaci ipoglicemizzanti e antitrombotici.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR</p>	<p>Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>

<p>Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)</p>	<p>Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)</p>
---	--

6.8 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Nell'ambito degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) le Aziende continuano a promuoverne l'implementazione con conseguente mantenimento di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale relativi al 2021 ed in particolare:

- ai fini degli adempimenti LEA ministeriali mantenimento delle attività di inserimento, verifica e i controlli di congruenza dei flussi informativi (compresi quelli relativi ai centri di costo COVID) verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese per il tramite dei responsabili individuati per la tematica (integrale copertura della fase 3/fase 2 per la distribuzione diretta, inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali - applicativo PSM;
- controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta) - corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19;
- mantenimento implementazione applicativi PSM e PSM-PT con i dati relativi alle prescrizioni personalizzate con iter elettronico ($\geq 95\%$) - medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo e con i dati di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (prima prescrizione e rinnovi implementati/disponibili a sistema ($\geq 70\%$ pe tutti gli Enti del SSR).

La DCS, in collaborazione con ARCS, invierà periodicamente agli Enti del SSR i report relativi all'andamento e le relative percentuali di copertura, al fine di porre in essere eventuali azioni correttive, nonché le azioni di sensibilizzazione sui prescrittori.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività.</p> <p>Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi.</p> <p><i>Indicatore:</i></p> <p>-Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma (inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro). La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali</p> <p><i>Modalità di valutazione</i></p> <p>Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: sì/no</p>
<p>FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA</p> <p>Per tutti i 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 gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale.</p>	<p>Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente.</p> <p><i>Indicatore:</i></p> <p>Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p><u>Target rilevati dalla DCS.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto

6.9 Farmacovigilanza

Continuano le progettualità di farmacovigilanza già avviate a livello regionale finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali avviate dalla DCS (CRFV) in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013, 2199/2014, 1365/2015) e dalle nuove convenzioni in essere (17/2017 e 18/2017) con particolare riferimento al progetto pluriennale volto a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie e gli IRCCS.

Proseguono anche le varie progettualità finanziate da AIFA nell'ambito del programma di Farmacovigilanza attiva (accordi Stato regioni 2017 e 2019) sotto il coordinamento del Centro regionale di FV e in collaborazione con gli Enti del SSR.

Oltre a queste specifiche progettualità gli Enti del SSR assicurano le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Gli Enti avviano specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture <u>non</u> coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture <u>non</u> coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p><i>Indicatore:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021; -evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione “indirizzo” <p><i>Modalità di valutazione</i></p> <p>Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV.</p> <p>Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>

6.10 Assistenza integrativa

Le Aziende consolidano al loro interno l'armonizzazione dei percorsi e delle procedure atte a garantire l'assistenza integrativa agli aventi diritto.

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

In riferimento ai dispositivi medici monouso erogabili a carico del SSR, di cui all'allegato 2 del DPCM 12.01.2017, le Aziende definiscono dei criteri di appropriatezza d'uso per le categorie a maggior impatto di spesa, anche tenuto conto dei prodotti resi disponibili a seguito di procedure di gara centralizzate.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Le Aziende monitorano i dati di spesa dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)</p>	<p>Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 28/02/2023</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>Evidenza di effettuato monitoraggio nel corso dell'anno 2022 e dei suoi esiti come da relazione inviata nei termini: sì/no</p>

7 SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY

Le linee programmatiche per l'anno 2022 del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, oltre a tenere conto delle azioni approvate dalla Giunta Regionale con il “Programma Triennale 2021-2023 della Sanità Digitale”, sono dirette a garantire la conduzione ed evoluzione delle infrastrutture e dei servizi informatici a supporto delle funzioni sanitarie anche per la gestione dell'emergenza COVID19.

Di particolare impegno a partire dal 2022 saranno le attività che vedranno coinvolti gli enti del SSR per la significativa accelerazione sulla digitalizzazione imposta dal “Piano nazionale di ripresa e resilienza” (PNRR) che assegna importanti risorse alla Regione, ma impone il rispetto di serrate tempistiche per la realizzazione

degli interventi.

7.1 PNRR - Digitalizzazione

Assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza per la Missione 6 Salute e la Missione 1 Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	Costituzione entro 28/02/2022 Partecipazione al 90% delle riunioni convocate.
Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.1.- CASE DELLA SALUTE per la parte sistemi informativi e tecnologie informatiche.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.
Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.
Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.
Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO .	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.
Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.
Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.

7.2 Sistema informativo dei distretti

Nel corso dell'anno 2021 è stato anticipato l'avviamento su tutti i distretti sanitari del nuovo sistema informativo per consentire la dismissione del mainframe SIASI. Nel corso del 2022 saranno rilasciate le ulteriori funzioni consolidamento i servizi già avviati.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc.).	Individuazione dei referenti aziendali per i diversi gruppi di lavoro entro 31.03.2022 Richiesta presenza del 90% rispetto alle convocazioni.
Avviamento altre funzioni su piattaforma distretti.	Avviamento secondo cronoprogramma delle altre funzionalità con conclusione entro il 31/12/2022.
Avviamento VALGRAF residenziale e registro unico.	Avviamento entro il 31/12/2022.
Integrazione con le reti di patologia.	Valutazione integrazioni con le reti di patologia entro 30/06/2022

7.3 Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato

Nel 2022 proseguiranno le attività di analisi e configurazione per l'avviamento del nuovo sistema informativo per la gestione economico-finanziaria, economato-magazzino e patrimonio. Le attività si susseguiranno per tutti i gruppi di lavoro già costituiti, con particolare attenzione ai processi centralizzati di acquisti/provveditorato, magazzino e farmacia che vedranno il coinvolgimento attivo di ARCS.

Obiettivo	Risultato atteso
Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate.
Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.
Validazione del prototipo del sistema propedeutico	Validazione prototipo (verbale) entro 31/05/2022.

all'avviamento dei siti pilota.	
Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.

7.4 Sistema informativo clinico

Per quanto riguarda il sistema informativo clinico ospedaliero ed ambulatoriale saranno ripresi i lavori per la sostituzione dell'attuale cartella clinica, in considerazione degli aggiornamenti tecnologici e delle richieste di evoluzione trainate in particolare dagli obiettivi PNRR.

Obiettivo	Risultato atteso
Costituzione gruppo di lavoro regionale.	Entro 31/03/2022.
Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Partecipazione al 90% delle riunioni convocate Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.
Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.

7.5 Rinnovo sistemi informativi

Proseguono le attività già iniziate nel 2021 rispetto al rinnovo dei sistemi informativi già individuati.

Obiettivo	Risultato atteso
Avviamento nuovo sistema informativo delle Dipendenze GEDI	Avviamento entro il 30/06/2022
Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.
Avviamento sistema informativo POINT per i Servizi NPIA	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30 settembre 2022

7.6 Ricetta dematerializzata

Con la pubblicazione da parte di SOGEI delle regole tecniche per la ricetta elettronica non SSN viene data attuazione al Decreto MEF-RGS di concerto con il Ministero della Salute del 30 dicembre 2020 che completa la dematerializzazione delle prescrizioni. Nel corso dell'anno 2022 saranno aggiornati il SAR, gli addon con le cartelle cliniche della medicina generale e i software di prescrizione del SSSR per consentire l'avvio a regime.

Obiettivo	Risultato atteso
Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza

7.7 Sicurezza asset informatici

Nel corso dell'anno 2022 viene data continuità alle azioni di consolidamento delle misure per la sicurezza informatica del sistema informativo socio sanitario regionale, anche attraverso la pianificazione degli investimenti per rispettare le indicazioni ABSC (AGID Basic Security Control) e i requisiti della *Business Continuity*.

Obiettivo	Risultato atteso
Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/05/2022 e 30/10/2022.
Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022. Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.
Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022

7.8 Privacy in Sanità

Proseguono anche per l'anno 2022 le attività del gruppo regionale privacy per supportare l'uniforme 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 trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.

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

Regolamento UE 679/2016

7.9 PACS

Dopo la sperimentazione condotta nel 2021 presso il sito pilota del BURLO e il successivo avvio del dispiegamento presso il CRO, si procederà con la messa a regime della soluzione di refertazione multimediale presso il CRO e poi presso ASU GI almeno per i servizi di radiologia del presidio ospedaliero di Cattinara/Maggiore; gli enti CRO e ASU GI dovranno garantire l'adeguato supporto tecnico e clinico.

La nuova soluzione di refertazione multimediale sarà quindi estesa all'ambito clinico/diagnostico dell'endoscopia digestiva, fatte salve le precondizioni di sviluppo del sistema informativo ospedaliero a carico di INSIEL.

Obiettivo	Risultato atteso
Referto multimediale e refertatore vocale	Il dispiegamento dovrà essere completato in tutto il SSR entro il 31.12.2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità presso i vari reparti di radiologia e con il coordinamento di ARCS.
Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.

A seguito dell'avvenuta messa in servizio del fascicolo sanitario per l'operatore clinico, INSIEL provvede a realizzare uno strumento prototipale in grado di consentire, nel rispetto del GDPR, la condivisione e l'utilizzo di dati, referti e immagini da parte dei professionisti coinvolti nei percorsi sanitari di emergenza interaziendale.

Obiettivo	Risultato atteso
Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Realizzazione entro 30.06.2022 da parte di INSIEL del prototipo di uno strumento di condivisione di referti e immagini a livello interaziendale in regime emergenziale.

Obiettivo	Risultato atteso
	ARCS supporta la DCS nel coordinamento delle attività di sviluppo e poi nella fase di attivazione presso le Aziende del SSR, che dovranno garantire l'adeguato supporto tecnico e clinico

D'intesa con la DCS e con l'opportuno coinvolgimento di stakeholder istituzionali e scientifici già individuati, si procederà con l'attivazione del percorso di gara per garantire la disponibilità del sistema PACS regionale nel periodo 2023-2027.

Obiettivo	Risultato atteso
Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	<p>Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali.</p> <p>INSIEL garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE. • entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione. <p>ARCS predispose il capitolato di gara entro il 15.09.2022 sulla base delle specifiche di sviluppo del SIO e del relativo cronoprogramma di realizzazione e indice la gara entro il 15.11.2022.</p>

La DCS, con il supporto di ARCS, garantisce il coordinamento delle attività di implementazione di una piattaforma informatica da integrare al sistema PAS e al Sistema informativo ospedaliero per ottemperare a quanto richiesto dal D.Lgs. 101/2020 in materia di gestione del dato dosimetrico.

Obiettivo	Risultato atteso
Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	<p>Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara. INSIEL indice la gara regionale entro aprile 2022 e l'aggiudica entro luglio 2022.</p> <p>Entro il 30.09.2022 la DCS fissa i termini di modifica del sistema di refertazione radiologica per rispondere ai requisiti determinati dal D. Lgs. 101/2020</p>

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.

Obiettivi aziendali	Risultato atteso
Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile
Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	Tutte le Aziende: Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento ASUGI: completamento dell'inserimento delle schede di morte 2020 e 2019 entro il 30.04.2022 ASUGI: Inserimento del 100% delle schede di morte del 2018 entro il 31.12.2022

Il progressivo ammodernamento dei gestionali clinici e amministrativi che è in corso nella nostra Regione richiede un parallelo aggiornamento ed implementazione dei flussi informativi che garantiscono da un lato la corretta alimentazione dei debiti informativi ministeriali e dall'altro la base informativa di analisi e controllo dell'andamento del SSR. È indispensabile, pertanto, procedere alla verifica della continuità di alimentazione nel corso del 2022 dei flussi informativi che possano essersi interrotti a causa del cambio dei sistemi gestionali assicurando tempestivamente gli interventi correttivi e prevedendo apposite misure finalizzate alla limitazione delle possibili interruzioni informative derivanti dai prossimi cambi di sistema, con adeguata azione di vigilanza posta in essere da ARCS.

Obiettivo ARCS	Risultato atteso
Assicurare continuità, integrità e coerenza di flussi informativi per mezzo di adeguata attività di vigilanza svolta da ARCS, con partecipazione di ARCS ai gruppi tecnici di sviluppo dei nuovi servizi informatici gestionali alimentanti i flussi dati.	ARCS segnala a DCS eventuali incoerenze o interruzioni, dei flussi informativi in utilizzo allo scopo di porre in essere le azioni correttive necessarie alla riconciliazione delle fonti dati che alimentano il RER.

9 GLI INVESTIMENTI

9.1 Progettualità PNRR

Con decreto del Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 sono state ripartite a favore dei soggetti attuatori Regioni e Province Autonome le risorse assegnate a valere sulla Missione 6 – Salute del “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” (PNRR) e a valere sul “Piano nazionale per gli Investimenti Complementari”, destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute. L'assegnazione di tali risorse è revocata qualora il “Contratto Istituzionale di Sviluppo” (CIS) tra ogni Regione e Provincia Autonoma e il Ministero titolare degli investimenti non venga sottoscritto entro il 31 maggio 2022. Parte integrante dei CIS sono i Piani operativi regionali e gli Action Plan, i quali, secondo il predetto decreto ministeriale, devono essere perfezionati dalla Regioni con il Ministero della Salute entro il 15 marzo 2022, dopo il caricamento delle schede intervento da parte di ciascun RUP sul portale dell'Agendas dedicato alla Missione 6.

A tal riguardo, in attesa che lo schema di CIS e del relativo Piano operativo regionale comprensivo di Action Plan venga approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni, la Giunta regionale ha preso atto, con propria delibera di generalità n. 275 del 25 febbraio 2022, di una versione preliminare di Piano operativo regionale relativo alla Missione 6 – Salute.

In relazione agli investimenti strutturali finanziati dal PNRR, di cui ai seguenti paragrafi 9.1.1, 9.1.2 e 9.1.3, e

quindi inseriti nel Piano operativo regionale, seppur nella sua versione ancora non definitiva, e descritti in dettaglio nelle schede intervento, gli Enti del SSR rivestono il ruolo di soggetti attuatori esterni, ai sensi dell'articolo 5, comma 6 dello schema di CIS, come verrà indicato nelle schede intervento, assumendosi, attraverso la sottoscrizione della medesima scheda da parte dell'ente, congiuntamente e solidalmente con la Regione/Provincia Autonoma tutte le obbligazioni contenute nel CIS per la parte relativa all'intervento delegato.

Si evidenzia come, nelle more della sottoscrizione del CIS e delle necessarie interlocuzioni con il soggetto titolare degli investimenti – in relazione ai quali la Regione è soggetto attuatore e gli Enti dell'SSR sono soggetti attuatori esterni/delegati -, gli indirizzi delle presenti Linee di Gestione non esauriscono tutte le indicazioni tecnico-operative sugli investimenti. In ragione della cornice di finanziamenti a valere su programmi europei e nazionali, e dell'attuale fase di definizione dei predetti piani, la Regione si riserva di fornire con propri successivi atti di aggiornamento alla presente programmazione, da adottare nel corso dell'anno, gli ulteriori indirizzi e indicazioni in merito agli investimenti da inserire nella programmazione attuativa aziendale.

9.1.1 Adeguamento edilizia e antisismica

Nell'ambito dell'Investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" della Missione 6 Componente 2 – 1.2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato dall'Italia sono stati previsti circa 640 milioni per gli interventi di adeguamento alla normativa antisismica delle strutture sanitarie e ulteriori 1.450 milioni per le medesime finalità sono previsti nell'ambito del Fondo Complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti istituito con il DL 59/2021, convertito con la L 101/2021. Alla regione Friuli Venezia Giulia sono assegnati complessivamente euro 39.030.478,61 destinati a interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico, di cui euro 11.937.023,06 a valere sul PNRR ed euro 27.093.455,55 a valere sul Fondo Complementare.

La Regione ha individuato i seguenti interventi di investimento con Delibera di Generalità n. 1746 del 12 novembre 2021:

- per l'importo complessivamente pari a euro 11.937.023,06 a valere sui fondi PNRR gli interventi:
 - P.O. CATTINARA: Realizzazione torre di collegamento - adeguamento edificio esistente (intervento co-finanziato con altri fondi).
- per l'importo complessivamente pari a euro 27.093.455,55 € a valere sul Fondo complementare gli interventi:
 - P.O. CATTINARA: Realizzazione palazzina cosiddetta servizi, funzionale alle aree sanitarie (intervento co-finanziato con altri fondi);
 - IRCCS CRO di Aviano: Adeguamento alla normativa antincendio

	INTERVENTI SU STRUTTURE OSPEDALIERE SEDI DI PRONTO SOCCORSO, DI DEA DI I E II LIVELLO	INTERVENTI DI ADEGUAMENTO ANTINCENDIO	INTERVENTI PER LA SICUREZZA SISMICA	TOTALE INTERVENTI
PO DI CATTINARA				
Realizzazione torre di collegamento - adeguamento edificio esistente	13.162.500,00 €	3.037.500,00 €	4.050.000,00 €	20.250.000,00 €
A)=TOTALE INTERVENTI PNRR - PO DI CATTINARA				11.937.023,06 €
TOTALE COFINANZIAMENTO REGIONALE GIÀ DISPONIBILE				8.312.976,94 €

	INTERVENTI SU STRUTTURE OSPEDALIERE SEDI DI PRONTO SOCCORSO, DI DEA DI I E II LIVELLO	INTERVENTI DI ADEGUAMENTO ANTINCENDIO	INTERVENTI PER LA SICUREZZA SISMICA	TOTALE INTERVENTI
PO DI CATTINARA				
Realizzazione palazzina cosiddetta servizi (funzionale alle aree sanitarie)	11.410.000,00 €	1.630.000,00 €	3.260.000,00 €	16.300.000,00 €
B1)=TOTALE INTERVENTI FONDO COMPLEMENTARE - PO DI CATTINARA				8.864.703,60 €
TOTALE COFINANZIAMENTO REGIONALE GIÀ DISPONIBILE				7.435.296,40 €
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO AVIANO				
Sede		14.067.751,95 €	4.161.000,00 €	18.228.751,95 €
B2)=TOTALE INTERVENTI FONDO COMPLEMENTARE - CRO				18.228.751,95 €
B1)+B2) = B)=TOTALE INTERVENTI FONDO COMPLEMENTARE				27.093.455,55 €
A)+B) = TOTALE PNRR+ FONDO COMPLEMENTARE				39.030.478,61 €

Tali linee di intervento sono coordinate dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria che fornirà le indicazioni in merito alle modalità e ai termini di realizzazione. La Regione FVG e gli Enti del SSR dovranno attenersi a tali indicazioni che saranno comunicate dal Ministero stesso.

9.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato dall'Italia, una linea di azione riguarda gli interventi finalizzati alla digitalizzazione dei DEA di I e II livello (Missione 6, Componente 2 - 1.1); al fine di intervenire sull'ammodernamento delle infrastrutture digitali ospedaliere che presentano un significativo grado di obsolescenza che rischia di compromettere l'efficienza del sistema, sono assegnati alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia complessivamente euro 22.201.960,70 per la sostituzione di n.68 apparecchiature individuate nel corso del 2021 nell'ambito della ricognizione promossa dal Ministero stesso, la cui selezione è stata stabilita sulla base di criteri oggettivi di obsolescenza e di appartenenza alle classi tecnologiche applicati omogeneamente per tutti gli enti del SSR sul territorio regionale come stabilito con Generalità n. 1231 del 30 luglio 2021.

La Regione FVG ritiene di acquistare con le risorse PNRR e con una quota di risorse regionali le seguenti apparecchiature:

Tipologia apparecchiatura	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	TOTALE SSR
TAC	1	3	4	1		9
RMN						0
ACC. LINEARE		1			2	3
SISTEMI RADIOLOGICI	9	9	4	1	1	24
ANGIOGRAFO	2	5	1			8
GAMMA CAMERA		1				1
GAMMA CAMERA/TAC	1	1	1		1	4
PET/TAC					1	1
MAMMOGRAFI	3	2	1		1	7
ECOTOMOGRAFI	3	5	1		2	11
TOTALE NUMERO APPARECCHIATURE	19	27	12	2	8	68

Tali linee di intervento, come le precedenti, sono coordinate dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria che fornirà le indicazioni in ordine alle acquisizioni da effettuare e alle

eventuali rimodulazioni necessarie o richieste dal livello centrale. La Regione FVG e gli Enti del SSR dovranno attenersi a tali indicazioni che saranno comunicate dal Ministero stesso.

9.1.3 Ospedali di comunità, centrali operative territoriali e case di comunità

Gli ulteriori investimenti del PNRR riguardano:

- Case della comunità e presa in carico della persona (Missione 6, Componente 1 – 1.1) – Target: n. 23 case della comunità per euro 34.256.093,22
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina – sub investimenti COT, interconnessione aziendale, Device (Missione 6, Componente 1 – 1.2.2) – Target 12 COT per euro 4.090.351,76
- Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali della comunità (Missione 6, Componente 1 – 1.3) – Target n. 7 Ospedali della comunità per euro 18.685.141,76

La Regione FVG ritiene di realizzare con le risorse PNRR e con una quota di risorse regionali:

- 19 Ospedali di comunità (di cui 7 PNRR)
- 12 Centrali operative territoriali (PNRR)
- 50 Case della Comunità (di cui 23 PNRR)

Spetta all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, quale tramite per il Ministero della Salute, l’attuazione degli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1).

Le risorse qui indicate e il numero di strutture finanziate con i fondi PNRR potranno essere confermati a seguito dell’approvazione definitiva del riparto a livello centrale.

Entro marzo 2022 dovrà essere sottoscritto il Contratto Istituzionale di Sviluppo per la realizzazione di CdC, COT e OdC e a tal fine le Aziende saranno tenute a definire tutti gli atti necessari secondo le modalità e i termini stabiliti da AGENAS.

9.2 Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID

Con decreto n. 1/2020 il Commissario delegato per l’attuazione degli interventi finalizzati alla realizzazione delle opere previste nel Piano per il potenziamento della Rete Ospedaliera per emergenza COVID-19 ha stabilito il quadro della governance ai sensi del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, nominando “soggetti attuatori”, per gli interventi di competenza del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia di cui alla DGR n. 1224 del 7 agosto 2020, i seguenti Enti del SSR:

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

Ha inoltre stabilito che

- l’attività di coordinamento per l’attuazione del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dal Servizio 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, come segue:

Terapia Intensiva e Semintensiva	21.552.520,00 €
Tabella 3 Pronto Soccorso	4.001.391,00 €
Tabella 4 Mezzi di Trasporto	150.000,00 €
Totale	25.703.911,00 €

Il Disciplinare di attuazione economico-finanziaria e di rendicontazione delle spese" relativo all'attuazione dei Piani di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'emergenza Covid-19 di cui all' art.2 del DL 34/2020, aggiornato in data 1 febbraio 2021, ha stabilito che i Piani di riorganizzazione delle rete ospedaliera possono essere co-finanziati con fondi regionali, della provincia autonoma, statali o con altri fondi nella disponibilità delle aziende del servizio sanitario nazionale interessate, e ha confermato che i Piani di riorganizzazione "possono essere modificati dalle Regioni o Province autonome interessate al fine di rimodularne gli interventi per renderli più aderenti alle effettive esigenze e/o alle disponibilità finanziarie ad assicurare comunque l'ottimale raggiungimento dei richiamati obiettivi previsti dal "Decreto Rilancio", fermo restando che le rimodulazioni non possono comunque prevedere modifiche degli importi erogati né prevedere di modificare/diminuire i posti letto per le terapie intensive e sub-intensive previsti nel piano approvato dal Ministero della Salute".

In tal senso Servizio Tecnologie e Investimenti, che ha in capo l'attività di coordinamento per l'attuazione del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 e l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, cui spetta l'attività di monitoraggio e controllo della rendicontazione circa gli interventi, proseguono nelle attività di valutazione delle eventuali rimodulazioni da apportare al Piano che si rendono via via necessarie in concomitanza con l'avvio delle attività puntuali di realizzazione degli interventi da parte dei Soggetti attuatori. Tali rimodulazioni sono poi trasmesse al Ministero della Salute e alla Struttura Commissariale per la necessaria approvazione.

9.3 Stanziamenti in conto capitale per il triennio 2022-2024

Gli stanziamenti in conto capitale per interventi di investimento nel SSR sul bilancio regionale 2022-24 sono riportati nella seguente tabella:

Tipologia	Capitolo	2022	2023	2024	TOTALE
regionali	4398	14.400.000,00	60.511.100,20	92.290.431,00	167.201.531,20
	di cui già impegnati	2.350.000,00	-	-	2.350.000,00
	disponibili	12.050.000,00	60.511.100,20	92.290.431,00	164.851.531,20
BEI	7504	61.495.153,77	-	-	61.495.153,77
	di cui già impegnati	61.495.153,77	-	-	61.495.153,77
	disponibili	-	-	-	-
Mutuo Cdp	10951	12.000.000,00	12.000.000,00	-	24.000.000,00
	di cui già impegnati	12.000.000,00	12.000.000,00	-	24.000.000,00
	disponibili	-	-	-	-
Mutuo Cdp	11951	3.500.000,00	4.000.000,00	-	7.500.000,00
	di cui già impegnati	3.500.000,00	4.000.000,00	-	7.500.000,00

	disponibili	-	-	-	-
Mutuo Cdp	74398	-	24.000.000,00	-	24.000.000,00
	di cui già impegnati	-	-	-	-
	disponibili	-	24.000.000,00	-	24.000.000,00
Mutuo Cdp	24398	22.161.935,24	6.483.410,44	-	28.645.345,68
	di cui già impegnati	-	-	-	-
	disponibili	22.161.935,24	6.483.410,44	-	28.645.345,68
TOTALE DA PROGRAMMARE		34.211.935,24	90.994.510,64	92.290.431,	217.496.876,88

9.3.1 Capitolo 4398 per euro 164.851.531,20

Le risorse disponibili al capitolo 4398 per complessivi euro 164.851.531,20 sono programmate con atti successivi sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2022, anche tenendo conto dei maggiori e imprevisi oneri derivanti dalla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle ulteriori necessità in relazione agli interventi di cui al PNRR.

9.3.2 Capitolo 7504 per euro 31.527.489,03

Le risorse finanziare stanziato sul capitolo 7504 per euro 31.527.489,03 sull'esercizio 2022, coperte in entrata da fondi a mutuo della Banca Europea degli Investimenti che stabilisce che gli interventi finanziati con tali risorse siano completati entro il 31.12.2023 (sono escluse le acquisizioni di immobili, sono possibili le acquisizioni di tecnologie e beni mobili solo se destinati al completamento di interventi edili impiantistici), sono state interamente impegnate nel corso del 2021 con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1403 del 17 settembre 2021.

9.3.3 Capitolo 10951 e Capitolo 11951

Le risorse stanziato sul capitolo 109151 complessivamente pari a euro 25.000.000,00, di cui euro 1.000.000,00 sul 2021, euro 12.000.000,00 sul 2022 ed euro 12.000.000,00 sul 2023, sono state impegnate ai sensi della LR 26/2020 per la riqualificazione del comprensorio di via Pozzuolo n. 330 di Udine, sede dell'ex ospedale psichiatrico.

Le risorse stanziato sul capitolo 109151 complessivamente pari a euro 8.000.000,00, di cui euro 500.000,00 sul 2021, euro 3.500.000,00 sul 2022 ed euro 4.000.000,00 sul 2023, sono state impegnate per la realizzazione della nuova sede del servizio 118 di Trieste presso l'area di Portovecchio.

9.3.4 Capitolo 74398 per euro 24.000.000,00

Le risorse disponibili al capitolo 74398 per complessivi euro 24.000.000,00 sono finalizzate all'allestimento tecnologico a completamento dei lavori del nuovo Ospedale di Udine.

9.3.5 Capitolo 24398 per euro 28.645.345,68

Le risorse disponibili al capitolo 24398 per complessivi euro 28.645.345,68 sono programmate con atti successivi sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2022, anche tenendo conto dei maggiori e imprevisi oneri derivanti dalla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle ulteriori necessità in relazione agli interventi di cui al PNRR.

9.4 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 SSSR. 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.

9.5 Altre disposizioni

9.5.1 Obblighi di acquisizione di parere della DCS

Nel 2022 gli Enti dovranno acquisire il parere della DCS per:

- la sottoscrizione con soggetti terzi degli impegni diversi da quelli previsti dall'articolo 36, comma 8 della LR 26/2015 riguardanti il patrimonio;
- l'avvio di procedure per forniture in "service" o noleggi che prevedano la sostituzione di tecnologie biomedicali di proprietà dell'Ente;
- l'avvio di procedure per forniture riguardanti le attività di laboratorio analisi, microbiologia e virologia, anatomia patologica e per la medicina trasfusionale, limitatamente alle attività non centralizzate;

9.5.2 Programmazione 2023

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2023, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2023 (PPI 2023). Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzi le finalità e le priorità degli interventi previsti. L'ARCS, oltre al proprio PPI 2023, dovrà trasmettere al NVISS i PPI 2023 adottati dagli Enti del SSR accompagnata da una relazione sulla programmazione complessiva degli Enti del SSR entro il 15 ottobre 2022.

Nei PPI 2023 per le acquisizioni riguardanti le seguenti tipologie tecnologiche:

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

dovranno essere indicati i seguenti elementi:

- finalità clinico assistenziali;
- valutazioni di possibili alternative con evidenza della convenienza della scelta proposta in termini di costi/benefici;
- stima dei costi comprensiva delle motivazioni e dei criteri usati per la determinazione;
- valutazione dell'impatto sul bilancio aziendale (anche di parte corrente) per l'intero "ciclo di vita"

- dell'intervento proposto (costi emergenti e cessanti);
- dimensione dell'investimento completo chiavi in mano;
- prospetto dettagliato relativo alla copertura finanziaria prevista nel rispetto delle normative in vigore.

9.5.3 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.

Nel 2022 tali attività saranno garantite dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute in luogo dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina che è attualmente titolare della convenzione che regola le modalità in ordine al contributo operativo e specialistico previsto dagli accordi relativi al settore dei Dispositivi medici sottoscritti tra il Ministero e la DCS.

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.

Si precisa che tali attività trovano copertura finanziaria nell'ambito della Convenzione tra il Ministero e la DCS

9.5.4 Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti

ARCS proseguirà nel 2022 l'attuazione del progetto di ricognizione e valutazione dei beni immobili degli enti del SSR finalizzato ad implementare un sistema di monitoraggio di tutto il patrimonio del SSR utile ai fini tecnico-amministrativi e di programmazione degli investimenti da parte della Regione.

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

9.5.5 Analisi HTA sulla dislocazione delle Unità Farmaci Antineoplastici (UFA)

I farmaci chemioterapici antineoplastici sono prodotti la cui gestione, dato l'elevato rischio clinico e di sicurezza ad essi correlati, avviene limitatamente all'interno di apposite "camere bianche" (UFA). In tali locali i requisiti impiantistici, organizzativi e procedurali assicurano che le attività possano essere svolte garantendo la salute degli operatori e la qualità delle preparazioni.

Al fine di raccogliere elementi utili per definire una strategia regionale e seguire una programmazione degli investimenti coerente, nel corso dell'anno si intendono valutare eventuali alternative di centralizzazione delle Unità di Farmaci Antineoplastici (UFA).

Per raggiungere tale scopo si dà mandato ad ARCS di presentare alla DCS un'analisi HTA con lo scopo di paragonare i diversi modelli di centralizzazione delle UFA e confrontarli con l'attuale dislocazione, formulando le proprie considerazioni in relazione a soluzioni in grado di poter fornire valore aggiunto all'organizzazione regionale. Tale analisi dovrà esaminare e comparare, alla luce dell'attuale quadro normativo e delle best practices, gli elementi ritenuti utili ai fini di tale valutazione.

10 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

10.1 Quadro di riferimento

L'emergenza sanitaria da COVID-19 e la prosecuzione della campagna vaccinale presumibilmente continueranno a condizionare fortemente il fabbisogno e la gestione delle risorse umane del SSR, con

l'auspicio che possano essere garantite altresì le attività ordinarie per assicurare i LEA.

10.1.1 Costi del personale e politiche assunzionali

I costi del personale del SSR nel 2022 sono influenzati da una serie di variazioni che ineriscono:

- al trasferimento della funzione di Medicina Nucleare da AS FO a CRO e della Medicina Trasfusionale dal CRO ad AS FO quale effetto trascinarsi dei costi a regime;
- al sistema di protonterapia e l'adeguamento del centro trapianti presso il CRO quale effetto trascinarsi dei costi a regime;
- all'attivazione presso ASU GI del centro regionale di riferimento per il sistema di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento;
- al trasferimento dalla Regione ad ARCS della funzione "Patrimonio Immobiliare del Servizio Sanitario Regionale" con conseguente riduzione dell'importo di apposita linea di finanziamento sovraziendale;
- all'attivazione presso ARCS delle nuove funzioni denominate "Rete tempo dipendenti" e "Rete oncologica" e delle funzioni di coordinamento dello screening di I e II livello;
- alla centralizzazione, tramite scorporo dalle aziende sanitarie nella quali sono attualmente operanti, presso ARCS delle seguenti funzioni:
 - a. Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti;
 - b. Raccolta sangue territoriale;
 - c. Coordinamento della rete cure sicure FVG;
- al trasferimento delle funzioni di pediatria e ginecologia/ostetricia da ASU GI all'IRCCS Burlo Garofolo.

Relativamente alle funzioni di cui alle precedenti lettere a), b) e c) da centralizzare presso ARCS nonché alle funzioni di pediatria e ginecologia/ostetricia di ASU GI svolte presso il Presidio Ospedaliero di Monfalcone da trasferire all'IRCCS Burlo Garofolo, gli Enti sanitari avviano entro il 30 aprile 2022 le attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni, concludendo tali scorpori e trasferimenti entro il 31 dicembre 2022.

Alla luce di quanto sopra il tetto di spesa per l'anno 2022 per il personale assegnato a ciascun Ente è quantificato come segue:

ENTE	TETTO DI SPESA 2022
ARCS	10.629.090,32
ASFO	159.503.469,38
ASU FC	370.826.027,70
ASU GI	259.403.288,02
BURLO	33.780.323,85
CRO	31.093.126,02
TOTALE	865.235.325,29

Tale importo rappresenta, quindi, il limite invalicabile per la spesa di personale per l'anno 2022.

Ai fini della composizione dei costi, si ricorda che nel tetto di spesa non rientrano le voci indicate nella nota metodologica allegata alla DGR 1473/2020 e, conformemente a quanto previsto dalla DGR n. 1683/2021, le voci di costo del personale assunto per l'emergenza COVID-19. Diversamente, vanno incluse nel tetto di spesa le risorse per l'incremento dei fondi per il trattamento accessorio dei dirigenti sanitari di cui all'art. 1 c. 435 e 435-bis L. 205/2017 per il quale è stata prevista apposita linea sovraziendale.

Il tetto di spesa stabilito a livello regionale potrà essere oggetto di variazioni in occasione delle manovre di

bilancio.

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

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.

Nell'ambito del tetto di spesa per l'anno 2022 assegnato, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l'anno 2022 indicando la dotazione organica per profilo professionale al 31.12.2021 e programmata al 31.12.2022, tenendo distinte le unità di personale dedicate all'attività istituzionale da quelle destinate all'emergenza. Per la rappresentazione della manovra dovranno essere utilizzate le tabelle relative ai Piani triennali di fabbisogni di personale.

Per la compilazione della scheda dei costi correlata alla dotazione di cui sopra verranno fornite agli Enti specifiche indicazioni.

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

10.1.2 Fondi contrattuali

In materia di fondi contrattuali si richiamano le indicazioni precedentemente fornite riportate di seguito:

- si ribadisce l'obbligo di costituzione annuale con atto formale dei fondi contrattuali che vanno certificati dal Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.40-bis, comma 1 del D. Lgs.165/2001;
- nell'ottica di garantire l'invarianza finanziaria, si ricorda che nel caso di trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende cui consegua anche il passaggio di personale, fino all'approvazione di nuovi criteri da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, continuano a trovare applicazione le disposizioni contenute nelle DGR 3220 del 12.12.2005, 700 e 702 del 29.3.2007;
- l'acquisizione di personale a seguito di mobilità volontaria non comporta il trasferimento dei fondi contrattuali del personale trasferito.

10.1.3 Rinnovi contrattuali

Il finanziamento 2022 prevede la copertura dei costi dei rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato di competenza dell'anno.

Le quote di competenza 2022 dei rinnovi contrattuali 2019/2021 e 2022/2024 sia del personale dipendente (comparto e dirigenza) sia del personale convenzionato sono finanziate per il triennio 2019/2021 nell'ambito delle spese sovraziendali.

I costi del triennio 2022/2024 relativi ai rinnovi contrattuali del personale dipendente trova copertura sia nelle attività sovraziendali (linea n. 32) sia nel finanziamento payback 2019 assegnato agli enti con DGR n. 1968/2021 e accantonato a bilancio 2021 così come esposto nella tabella 3 del presente documento.

In sede di predisposizione del bilancio preventivo 2022 le Aziende dovranno pertanto provvedere ad iscrivere nelle voci opportune i relativi costi ed accantonamenti come esposti nelle tabelle allegate al presente atto.

10.1.4 Risorse regionali aggiuntive

Tali risorse sono destinate allo sviluppo di progettualità di particolare valenza e coerenti con gli obiettivi

strategici regionali, che consentano la valorizzazione del personale sulla base di criteri oggettivi e misurabili, in modo tale che venga evitata una distribuzione di carattere stabile e automatico. Il riconoscimento, peraltro, deve avvenire nel pieno rispetto alla performance organizzativa ed individuale.

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

10.1.5 Prestazioni aggiuntive

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

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

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

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

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

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

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

Si richiama, per la dirigenza dell'area sanità, la DGR n.1765 dd. 19.11.2021 avente ad oggetto "Linee generali di indirizzo in applicazione dell'art.6 CCNL dell'area sanità sottoscritto il 19 dicembre 2019. Approvazione documento di confronto regionale".

10.1.6 DL 158/2012 – art.2, c.1 lett. e)

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

10.1.7 Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - art. 6 c. 6 D.L. 9.6.2021, n. 80 e ss.mm.ii.

L'art.6 del D.L. 9.6.2021, n.80 convertito con modificazioni con Legge 6 agosto 2021, n.113 prescrive l'adozione di un Piano integrato di attività e di organizzazione da parte delle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, quale strumento programmatico che include, in un unico atto, una pluralità di piani previsti dalla normativa vigente, tra cui la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, tenuto conto delle risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale.

A legislazione vigente il Piano integrato di attività e organizzazione va adottato entro il 31 gennaio di ogni anno; tuttavia in sede di prima applicazione il DL 30.12.2021, n.228 ne fissa il termine al 30 aprile 2022.

I commi 5 e 6 dell'art.6 del D.L. 80/2021 prevedono, inoltre, entro il 31 marzo 2022, l'adozione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare ed abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO nonché l'adozione di un Piano tipo, a cura del Ministro per la Pubblica Amministrazione, che definisca modalità semplificate per l'adozione del PIAO.

Considerato che al momento della stesura delle presenti linee gli adempimenti di cui ai commi 5 e 6 non sono stati ancora posti in essere, e gli enti del SSR sono tenuti ad adottare i Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP) di cui alle indicazioni contenute nel paragrafo successivo.

10.1.8 Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP)

In conformità alle disposizioni contenute negli artt. 6 e 6-ter del D.Lgs 165/2001 e del D.P.C.M. 8 maggio 2018 – in particolare il paragrafo 7 a cui si rimanda - le Aziende ed Enti del SSR sono tenuti ad adottare il Piano triennale dei fabbisogni di personale (di seguito PTFP) 2022-2024 in occasione dell'approvazione del bilancio preventivo economico annuale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nelle more dell'approvazione dei PTFP 2022-2024, gli Enti potranno procedere all'acquisizione del personale necessario a garantire i livelli essenziali di assistenza, all'emergenza da COVID-19 e all'espletamento delle funzioni istituzionali imprescindibili.

10.1.9 Stabilizzazione del personale precario

Oltre alle previsioni contenute nell'art.20, commi 1 e 2 del D.Lgs.75/2017, gli Enti SSR potranno avvalersi delle nuove norme introdotte dal comma 268 lett.b) dell'art. 1 della L. 30.12.2021, n.234 per la stabilizzazione del personale del ruolo sanitario e degli operatori sociosanitari in possesso di una determinata anzianità di servizio. Tale possibilità trova applicazione per il periodo dal 1° luglio 2022 al 31 dicembre 2023. Per ciascuna disposizione citata gli enti del SSR procederanno alla ricognizione del personale che

potenzialmente potrebbe beneficiare della stabilizzazione.

Si ricorda che la stabilizzazione del personale in attuazione delle predette disposizioni deve essere coerente con il piano triennale dei fabbisogni di personale.

10.2 Misure previste dalla Legge 30 dicembre 2021, n.234: "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" e dal Decreto Legge 30 dicembre 2021, n.228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"

Si portano all'attenzione le principali disposizioni che ineriscono ai rapporti di lavoro del personale SSR:

1. Proroga dei rapporti di lavoro flessibile instaurati ai sensi del DL 18/2020
 - a. art. 2-bis, comma 1 lett. a) limitatamente agli specializzandi (art.1 c.268 lett.a) L.234/2021);
 - b. art.2-bis comma 5 - incarichi di lavoro autonomo a personale collocato in quiescenza (art.4 c.7 DL 228/2021);
 - c. art.2-ter commi 1 e 5 – incarichi a tempo determinato a personale (art.1 c.268 lett.a) L.234/2021);

La proroga è consentita, nei casi sub a) e c), sino al 31.12.2022 e, nel caso sub b), fino al 31.3.2022.

2. *Stabilizzazione del personale del ruolo sanitario e degli oss (art.1 c.268 lett b) L.234/2021)*
3. *Disposizioni in materia di liste di attesa COVID – proroga al 31.12.2022 delle misure previste dall'art.26, commi 1 e 2, del DL 73/2021, tra cui si segnalano assunzioni di personale a tempo determinato e acquisito di prestazioni aggiuntive con tariffa oraria maggiorata (art.1 c.276 L.234/2021)*
4. *Proroga delle disposizioni in materia di assistenza psicologica di cui all'articolo 33 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73 – art. 1 c.290 L.234/2021*
In merito si richiama la nota prot.n. 26769 dd.29.9.2021 indirizzata ad ASU GI, ASU FC e AS FO.
5. *Proroga al 30.6.2022 delle Unità speciali di continuità assistenziale previste dall'art.4-bis del DL 18/2020 (art.1 c.295 L.234/2021)*

10.3 Formazione continua ed ECM

La formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute. Il professionista sanitario ha l'obbligo di curare la propria formazione e competenza professionale nell'interesse della salute individuale e collettiva (art. 24 Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017). La formazione continua nel settore salute è un sistema integrato e solidale tra il livello nazionale, regionale e provinciale basato su regole comuni e condivise. La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene la formazione continua considerandola una leva fondamentale per affrontare le emergenze socio sanitarie, assecondare le modifiche dell'assetto organizzativo del SSR, mantenere e implementare conoscenze e competenze dei professionisti con l'obiettivo ultimo di migliorare le performance del sistema socio sanitario.

10.3.1 Priorità regionali su organizzazione e gestione

10.3.1.1 Applicativo gestionale per la formazione

Dal 1 ° gennaio 2022 tutti i provider degli enti del SSR stanno utilizzando il nuovo gestionale della formazione TOM. Nei primi 6 mesi del 2022 verranno progressivamente avviate tutte le funzionalità del nuovo gestionale, tra cui:

- completa gestione del processo formativo interno;
- rilevazione del fabbisogno formativo;
- elaborazione del Piano Formativo Aziendale (PFA);
- progettazione delle iniziative formative e attribuzione dei crediti ECM;
- predisposizione del calendario dei corsi;
- gestione delle iscrizioni e dei rispettivi profili autorizzativi, compresa la messaggistica di reminder;
- invio dei certificati di partecipazione a discenti e docenti;
- rendicontazione a COGEAPS;
- gestione del budget della formazione interna ed esterna;
- gestione dell'aggiornamento individuale esterno;
- predisposizione di report statistici sulle attività formative.

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

10.3.1.2 *Strutturazione della FAD regionale*

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

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

L'esperienza maturata nel 2020 e 2021 ha evidenziato come la FAD si configuri come un'importante metodologia formativa che, anche nella fase post emergenziale, sarà utilizzata dai provider.

Non vanno dimenticate, inoltre, le indicazioni contenute in alcuni CCNL del comparto sanità che richiamano espressamente i mezzi multimediali come uno degli strumenti attraverso cui le Aziende e gli Enti devono garantire l'acquisizione dei crediti formativi. Nei primi mesi del 2022 la DCS provvederà ad individuare una piattaforma e – learning (sincrona e asincrona) che dovrà essere integrata con il nuovo gestionale della formazione e dovrà consentire a tutti i Provider di attivare direttamente percorsi FAD e garantire fruibilità per tutti i professionisti, dipendenti e convenzionati, del SSR. La scelta regionale terrà conto della proposta di *Digital Academy* di Insiel per tutte le aziende del SSR e di *Informasanitaudine* per l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, piattaforma già consolidata ed efficacemente operante da diversi anni presso ASUFC.

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

10.3.1.3 *Tariffario regionale e gestione delle docenze*

Nel 2022 la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità attiverà, compatibilmente con le attività istituzionali dei Provider, un tavolo di lavoro finalizzato ad elaborare linee di indirizzo per l'affidamento degli incarichi di docenza ed il relativo pagamento.

10.3.1.4 Dossier formativo

Il dossier formativo, espressione della programmazione della formazione nel tempo e della coerenza dell'aggiornamento rispetto al profilo professionale, alla specializzazione, all'esercizio professionale quotidiano, già contemplato nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 2 febbraio 2017, deve essere considerato come strumento di programmazione che contempera il bisogno formativo dei professionisti con le esigenze organizzative e gli obiettivi aziendali. È uno strumento che consente al singolo professionista (dossier individuale) di creare un'agenda formativa personalizzata in base al proprio fabbisogno, nonché di essere parte di un percorso di gruppo (dossier di gruppo) che aiuti la crescita professionale in una logica di lavoro di squadra, coniugando bisogni professionali dell'individuo, esigenze del gruppo e necessità dell'organizzazione. Nel 2022 si prevede, compatibilmente con le attività istituzionali dei provider, di attivare un tavolo di lavoro sul tema.

10.3.1.5 Organi del Sistema regionale ECM

Oltre alla normale attività istituzionale la Commissione regionale per la formazione continua e l'ECM sarà chiamata ad esprimersi su diversi percorsi di rinnovo di accreditamento di Provider ECM FVG.

Per quanto riguarda l'Osservatorio regionale per la qualità della formazione continua (ORFOCS), particolare attenzione verrà riservata alla formazione dei progettisti - anche relativamente alla tipologia di corsi FAD - alla definizione dei percorsi per la valutazione di impatto, alla formulazione di proposte di indicatori di monitoraggio sull'attività dei provider, e, situazione pandemica permettendo, verrà dato nuovo impulso alle visite degli Osservatori della qualità della formazione.

In riferimento agli Osservatori della qualità le attività previste dal decreto del Direttore centrale n. 276/2018, relativamente alle visite di valutazione dei requisiti di qualità in corso di evento formativo, proseguiranno secondo le modalità proposte dall'Osservatorio per la qualità della formazione continua e compatibilmente con la situazione emergenziale Covid-19.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità procede, sulla base degli esiti dell'attività istruttoria, all'accREDITAMENTO istituzionale dei provider tenuto conto dei requisiti posseduti in conformità al vigente Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e al Manuale dei requisiti per l'accREDITAMENTO dei provider recentemente novellato. Nei primi mesi del 2022 verranno completate le procedure di rinnovo accREDITAMENTO di diversi provider del SSR, ordinistici e privati.

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

Nel 2022 verranno attivate le procedure per la nomina dei componenti della Consulta Regionale per la formazione continua e l'educazione continua in medicina e del Comitato di Garanzia.

10.3.2 Programmazione della formazione

10.3.2.1 Il Piano della Formazione Regionale

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

I percorsi formativi previsti nel Piano, che si caratterizzano per una valenza regionale, saranno realizzati da ARCS o da altro Provider indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza trimestrale. I relativi costi sono coperti da specifico finanziamento previsto

nelle c.d. sovraaziendali. Sul Piano della formazione regionale 2022 particolare spazio verrà dedicato alle iniziative previste nel Piano strategico regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2020-23.

I provider regionali, nella gestione complessiva delle attività formative, si uniformano a quanto previsto dai documenti regionali e provvedono, nel rispetto del format predisposto, alla stesura del Piano formativo aziendale (PFA) annuale. Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2022, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR.

10.3.2.2 La Relazione annuale regionale

La Relazione annuale regionale, adottata con decreto amministrativo, è considerata il documento di monitoraggio delle attività realizzate e degli obiettivi raggiunti nel campo della formazione continua e dell'educazione continua in medicina promosse dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. La Relazione rappresenta il documento di sintesi e rendicontazione agli stakeholder dell'attività formativa svolta dal sistema regionale di formazione continua. In considerazione dell'avvio progressivo in corso d'anno del nuovo gestionale della formazione, durante il 2022 verranno valutati nuovi criteri per la reportistica da inserire nella Relazione annuale regionale.

I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.

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

Le attività formative rappresentano un'arma fondamentale per fronteggiare un'emergenza pandemica. Formazione ed esercitazioni sono funzioni cardine nella preparazione ad una fase pandemica influenzale perché permettono di potenziare conoscenze e competenze tecnico scientifiche in momenti non emergenziali, formando e preparando risorse utilizzabili in fase pandemica. Tra gli obiettivi specifici del Piano Nazionale, ripresi nel Piano operativo regionale, particolare attenzione viene riservata al ciclo della formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del Piano, al fine di favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi. 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; il tutto per favorire univocità di metodi, risposte, azioni e contestualizzazione rispetto alle specificità regionali e locali. Gli aspetti formativi del Piano strategico regionale, troveranno ulteriore formalizzazione nel Piano della formazione regionale 2022, 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). Si tratta di obiettivi formativi molto significativi il cui raggiungimento richiederà un forte coinvolgimento dei provider del SSR.

10.3.3 Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa

La funzione di direzione - generale, sanitaria, amministrativa e tecnico-professionale - presuppone l'acquisizione di competenze e conoscenze specifiche indispensabili per il governo strategico di un sistema complesso come quello sanitario. Risulta forte la necessità di attivare processi formativi dedicati ai profili manageriali che, in una logica integrata, approfondiscano modelli, metodologie e strumenti gestionali applicabili al contesto sanitario capaci di aiutare i Dirigenti ad agire il ruolo di responsabilità in modo efficace e coerente agli obiettivi regionali e aziendali. Va sottolineato il ruolo del middle management, le cui

performance risultano centrali per il buon funzionamento delle Aziende stesse.

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

Nel 2022 sono previste le seguenti iniziative formative:

- Corso per direttori generali secondo la normativa vigente (completamento dell'edizione attivata a fine 2021);
- Corsi per direttori di struttura complessa di area sanitari, nel 2022 verranno attivate due ulteriori edizioni (una a Trieste e una a Udine);
- Corso middle management, nel 2022 verranno attivate ulteriori 5 edizioni;
- Corso per dirigenti amministrativi, il corso verrà attivato in collaborazione con la Facoltà di Economia e Commercio di Udine;
- Corso per dirigenti ingegneri, profili tecnici e ingegneria clinica;
- Corso per dirigenti delle professioni sanitarie;
- Percorso formativo dedicato ai formatori per la sicurezza (propedeutico alla definizione di un albo regionale dei formatori sulla sicurezza);
- Corso dedicato al mantenimento delle specifiche conoscenze e competenze dei medici radiologi refertatori ingaggiati nello screening regionale del carcinoma della mammella;
- Corsi sui PDTA (reti cliniche), formazione dei formatori;
- Formazione sui sistemi informatici utilizzati dal SSR.

10.3.3.1 Percorso competenze avanzate comparto

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del comparto sanità, sottoscritto il 21 maggio 2018, introduce, agli artt. da 16 a 23, una nuova disciplina degli incarichi attribuibili al personale del comparto, denominati incarichi di funzione di tipo professionale, anche del ruolo sanitario ex L. 43/2006 e agli assistenti sociali. La Conferenza delle Regioni e Province Autonome - reperto 20/17/CR6a/C7 Percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale – ha elaborato le “Linee di indirizzo per l’applicazione del CCNL 2016-2018 del comparto sanità, artt. 16 -23, relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale del personale” finalizzate a definire:

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

Sulla base del Contratto Collettivo e secondo quanto previsto dal documento della Conferenza delle Regioni e Province Autonome sopra richiamato, è previsto che le Regioni attivino percorsi formativi dedicati alla crescita professionale specialistica del comparto, fatti salvi i master universitari specialistici. Nella nostra Regione tali percorsi sono affidati ad ARCS che ha definito 26 possibili profili che saranno oggetto di condivisione, unitamente alla proposta formativa, con le rappresentanze degli Ordini, i Sindacati del comparto sanità e gli altri stakeholder. La proposta formativa, tipizzata per i diversi profili professionali, deve rispettare gli standard indicati nell’allegato I “Corso di formazione complementare regionale” previsti nel documento della Conferenza delle Regioni e Province Autonome “Percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale (reperto 20/17/CR6a/C7)”. Priorità di attivazione, anche sulla scorta delle progettualità nazionali, verrà riservata al profilo di competenza per l’infermieri di comunità.

10.3.4 Tematiche prioritarie di formazione

Nel 2022 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene iniziative formative finalizzate a:

- Attivare le iniziative formative inserite nel Piano Strategico Regionale attuativo di preparazione e risposta ad una Pandemia Influenzale 2020-23;
- Implementare le conoscenze e competenze utili per la gestione dell'emergenza sanitaria derivante dalla Pandemia da COVID19;
- Favorire l'attuazione del Piano regionale di Assistenza Territoriale (DGR. n. 1369 dd. 11.9.2020) e lo sviluppo e il rafforzamento dell'assistenza territoriale;
- Favorire l'integrazione funzionale dell'attività distrettuale con quella dei medici di medicina generale, con sviluppo di forme di coordinamento, controllo e vigilanza sull'assistenza primaria e domiciliare;
- Acquisire le competenze e conoscenze utili a perfezionare la sorveglianza attiva e di monitoraggio delle residenze sanitarie assistite e delle altre strutture residenziali, all'elaborazione e implementazione del Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale alle persone fragili;
- Favorire l'attuazione del piano di potenziamento della rete ospedaliera (DGR n. 1224 dd. 7.8.2020), la valorizzazione del lavoro di rete e la costruzione e diffusione dei PDTA;
- Favorire il rafforzamento delle attività di governance dell'erogazione dei servizi di ricovero e ambulatoriali per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni e per la riduzione dei fenomeni di mobilità passiva interregionale;
- Potenziare le competenze in materia di Cure palliative e terapia del dolore;
- Favorire la formazione degli operatori nell'ambito delle azioni di contrasto alla violenza contro le donne;
- Implementare le competenze e conoscenze trasversali per il corretto e pieno utilizzo dei sistemi informativi in uso e incrementare la cultura della digitalizzazione;
- Favorire il contenimento dei costi della farmaceutica e la dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche;
- Favorire l'acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo della piattaforma di telemedicina e teleassistenza;
- Sensibilizzare il personale per mantenere alta l'attenzione sul tema dell'umanizzazione delle cure e della valorizzazione della dignità della persona;
- Promuovere e supportare la dimensione etica all'interno dell'istituzione sanitaria;
- Alla valorizzazione e qualificazione delle competenze manageriali della dirigenza apicale sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale e la formazione alla leadership;
- Allo sviluppo del Middle Management;
- Allo sviluppo dei percorsi dedicati alle competenze avanzate del comparto;
- Al mantenimento delle competenze nel contesto urgenza ed emergenza anche attraverso il ricorso a metodologie formative innovative (ad esempio BLSO potenziato con realtà virtuale);
- Attivare percorsi capaci di favorire il potenziamento della medicina territoriale con particolare attenzione a:
 - consolidamento delle competenze e conoscenze dei MMG e PLS sull'utilizzo dei sistemi informativi aziendali, regionali e nazionali anche attraverso percorsi formativi di training individualizzati;
 - attivazione di progetti pilota formativi dedicati a MMG e PLS per l'utilizzo di nuove dotazioni diagnostiche;
- Allo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, referenti) e per tutte le tipologie formative, in particolare per la Formazione a distanza.

10.3.5 Centro di formazione per l'assistenza sanitaria

Nel corso del 2022 proseguono le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. Alla fine del mese di febbraio si terranno gli esami di ammissione al triennio 2021 – 2024. 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.

Nel corso del 2022 verrà aggiornato l'elenco degli Animatori d'aula e di contenuto, medici di medicina generale che supportano l'attività formativa teorica. Nel corso del 2021 è stato aggiornato l'elenco dei Tutor, medici di medicina generale disponibili ad accogliere i medici in formazione.

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 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 su:

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

L'offerta complessiva deve quindi essere non inferiore all'obbligo minimo di 40 ore previsto negli Accordi Collettivi Nazionali, articolandosi in non meno di dieci mezza giornate/anno (considerando come due mezza 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 sono legate allo sviluppo delle attività territoriali in coerenza con il Piano di assistenza territoriale, approvato con DGR 1369 del 11.09.2020, e il PNRR che affrontano temi quali la multimorbilità, la complessità, la fragilità, la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata sul territorio.

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 LE RISORSE FINANZIARIE

11.1 Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2022

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 2022 e programmate con il presente atto:

Destinazione risorse	Importo finanziato
Finanziamento <i>pro capite</i> e funzioni, comprensivo della quota vincolata ricerca (cap. 4364/S)	2.220.037.118,56
Finanziamento attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. "sovraziendali")	226.644.035,21
Contributi per superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (cap. 4379/S)	1.410.000,00
Totale finanziamento corrente Servizio sanitario regionale	2.448.091.153,77

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. In particolare, quelle riferite al pay back farmaci delle annualità 2019 (per gli importi residui, ad oggi non ancora oggetto di decreto d'impegno a favore degli Enti del SSR) e 2020 saranno disponibili, previa iscrizione a bilancio regionale secondo le modalità sopra indicate, a seguito della definizione dei ricorsi delle aziende farmaceutiche ancora pendenti.

Si riporta di seguito la sintesi delle disponibilità finanziarie per gli Enti del SSR per la gestione di parte corrente dell'attività sociosanitaria regionale definite con le presenti Linee per la gestione all'interno delle risorse iscritte a bilancio regionale per il 2022 e parimenti programmate con il presente atto:

Destinazione risorse	Importo finanziato
Abbattimento rette di accoglienza in strutture residenziali per anziani (cap. 4499/S)	56.600.000,00
Incremento spese sanitarie per attività sociosanitaria enti SSR (cap. 7788/S)	5.800.000,00
Abbattimento rette di accoglienza in strutture semiresidenziali per anziani non autosufficienti (cap. 8408/S)	1.400.000,00
Totale finanziamento corrente aggiuntivo per attività sociosanitaria regionale	63.800.000,00

11.2 Finanziamento per popolazione e per funzioni

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

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 01.01.2021 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	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale
popolazione non pesata al 01/01/2021	1.201.510	369.759	521.117	310.634
popolazione pesata al 01/01/2021	1.385.458	438.645	604.857	341.956
popolazione pesata con età > 65 al 01/01/2021	802.251	260.999	351.948	189.305
popolazione pesata al 01/01/2021 oltre 500 m alt.	31.940		28.745	3.195

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta tramite riferimenti nazionali oppure sulla base della valutazione degli andamenti gestionali medi regionali. In quest'ultimo caso, tenuto conto della profonda e anomala modificazione, per volumi e tipologia, dell'attività ordinaria verificatasi negli anni 2020 e 2021 in ragione della pandemia da COVID-19, come valori di riferimento per la valorizzazione del finanziamento dell'attività di ricovero e di ambulatoriale sono stati applicati degli standard di finanziamento che permettono alle aziende di garantire le prestazioni erogate nel 2019 ultimo anno non influenzato dall'emergenza Covid.

Il finanziamento 2022 ha due livelli di attribuzione: ad un primo livello è stata ripartita tra le Aziende la quota a finanziamento dei LEA, incrementata del valore degli extra-LEA regionali; tale livello è ripartito tra gli enti del SSR-per una quota in base ad attività non dipendenti dalla popolazione (per "funzioni") e per la restante quota sulla base della popolazione pesata.

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

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

- Complessità al 10%;
- Tariffato 7% per attività universitaria;
- Pronto soccorso ed emergenza territoriale, determinate in base al piano regionale deliberato dell'emergenza urgenza
- Centro trapianti
- VAD cardiocirurgia
- Proton terapia
- Centro malattie rare
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari
- Area Welfare
- Passi d'argento
- 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 dei pubblici del 123,06 per mille. Complessivamente è di 629,18 euro e remunera per 556,84 euro la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;
- lo *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 207,40 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 2022, gli *standard* sono così determinati:
 - per la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, uno *standard* di 110,00 euro;
 - per la distribuzione farmaceutica territoriale diretta per residenti, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata (90%), uno *standard* di 81,00 euro che comprende i farmaci per l'epatite C ed esclude quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
 - per la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, uno *standard* di 39,50 euro, esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
 - per l'AFIR, uno *standard* di 11,00 euro che comprende anche la spesa nei punti vendita commerciali dei prodotti per i celiaci;
- per l'assistenza domiciliare integrata, lo *standard* è stato fissato a 55 euro; inoltre 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 2022, 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 2021, prevedendo un incremento di risorse per le dipendenze e la salute mentale in relazione all'aumento della richiesta di servizi da parte dei cittadini anche a causa del perdurare degli impatti della situazione pandemica.

Nell'ambito della quota di cui dall'articolo 2, comma 1 *bis*, della L.R. 10 agosto 2006, n. 14, viene specificatamente evidenziata la quota destinata alla ricerca, che è pari a 18.594.000 euro, da suddividere in parti uguali fra i gli IRCCS regionali Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano.

Tabella 1 - Finanziamento per popolazione e funzioni

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
popolazione non pesata al 01/01/2021	1.201.510	369.759	521.117	310.634			
popolazione pesata al 01/01/2021	1.385.458	438.645	604.857	341.956			
popolazione pesata con età > 65 al 01/01/2021	802.251	260.999	351.948	189.305			
popolazione pesata al 01/01/2021 oltre 500 m alt.	31.940		28.745	3.195			

RICOVERI TOTALE	871.707.765,00	273.805.597,00	385.783.817,00	203.831.978,00	3.874.113,00	4.412.260,00	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	71.951.912,00	19.828.028,00	33.832.529,00	13.417.018,00	2.278.890,00	2.595.447,00	
7% tariffato	28.277.325,00	9.722.580,00	15.142.709,00		1.595.223,00	1.816.813,00	
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 123,06 x 1000) statale 140*1000	771.478.528,00	244.254.989,00	336.808.579,00	190.414.960,00			
pro capite proiezione 31/12	506						
standard totale	629,18						
standard mobilità 2022	556,84						

SPECIALISTICA TOTALE	287.344.024,00	90.974.938,00	125.447.344,00	70.921.742,00			
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)							
pro capite mobilità proiezione 2021	188,2						
standard 2022	207,4						

FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA	152.400.399,00	48.250.932,00	66.534.271,00	37.615.196,00			
pro capite proiezione 31/12	111,1	110,45	112,21	109,85			
standard 2022	110						
FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO	54.725.598,00	17.326.471,00	23.891.852,00	13.507.275,00			
pro capite proiezione 31/12	40,3	40,41	42,22	36,75			
standard 2022	39,5						
FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA (90%)	112.222.111,00	35.530.231,00	48.993.418,00	27.698.462,00			
pro capite proiezione 31/12	83,75	78,41	85,56	87,39			
standard 2022	81						

PREVENZIONE	126.548.559,00	37.647.726,00	53.058.533,00	31.627.800,00			4.214.500,00
Veterinaria	623.320,00	193.229,00	274.261,00	155.830,00			
standard 5% fondo	101,82						

ADI	45.880.520,00	14.354.924,00	20.938.121,00	10.587.475,00			
standard 2019	55						
standard pop > 500 mt. alt.	110						

PROTESICA	20.781.872,00	6.579.672,00	9.072.855,00	5.129.345,00			
standard 2019	15						

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
AFIR	15.240.040,00	4.825.093,00	6.653.427,00	3.761.520,00			
pro capite proiezione 31/12	11,08	13,94	10,1	11,08			
standard 2022	11						

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	108.063.427,00	34.338.754,00	47.427.540,00	26.267.133,00	30.000,00		
Convenzione oneri sanitari strutture residenziali anziani	30.900.055,00	9.638.252,00	14.165.779,00	7.096.024,00			
Altre prestazioni di Socio Sanitaria	76.473.372,00	24.675.502,00	33.121.761,00	18.646.109,00	30.000,00		
Minori - strutture residenziali e semiresidenziali	3.900.000,00	1.314.314,00	1.592.925,00	992.761,00			
Programmi di abilitazione/riabilitazione salute mentale minori e budget di salute	530.000,00	156.305,00	243.695,00	100.000,00	30.000,00		
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	15.500.000,00	1.359.855,00	8.078.446,00	6.061.699,00			
Disabilità - Trattamenti socio-riabilitativi progetti sperimentali	5.000.000,00	1.538.548,00	2.175.600,00	1.285.852,00			
Salute mentale - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	17.293.693,00	6.920.974,00	8.145.091,00	2.227.628,00			
Dipendenze - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	6.749.624,00	3.249.997,00	2.460.118,00	1.039.509,00			
Altre prestazioni socio sanitarie	27.500.055,00	10.135.509,00	10.425.886,00	6.938.660,00			
Funzioni socio assistenziali finalizzate	690.000,00	25.000,00	140.000,00	525.000,00			

MEDICINA CONVENZIONATA	111.532.919,00	35.898.990,00	46.794.536,00	28.839.393,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Assistenza primaria	74.384.697,00	24.626.120,00	31.052.857,00	18.705.720,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Continuità assistenziale	10.883.098,00	2.825.252,00	5.195.591,00	2.862.255,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Emergenza Territoriale	735.000,00	650.000,00		85.000,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Pediatri di libera scelta	15.708.807,00	4.491.530,00	6.463.741,00	4.753.536,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Specialisti ambulatoriali	7.205.334,00	2.560.303,00	3.157.294,00	1.487.737,00			
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_altri	2.615.983,00	745.785,00	925.053,00	945.145,00			

Emergenza territoriale e centrale operativa	44.893.437,00	12.010.221,00	20.015.979,00	10.086.237,00			2.781.000,00
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--	--	---------------------

Pronto soccorso	64.564.963,00	16.390.504,00	29.899.237,00	15.946.537,00	2.328.685,00		
Finanziamento Ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006	18.594.000,00				9.297.000,00	9.297.000,00	

	REGIONE	ASU Giuliano Isontina	ASU Friuli Centrale	AS Friuli Occidentale	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
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, fibrosi cistica	1.200.000,00				1.200.000,00		
Finanziamento Area Welfare	1.200.000,00	1.200.000,00					
Finanziamento Passi d'argento	78.000,00	78.000,00					
Attività centralizzate	13.760.200,00						13.760.200,00
FINANZIAMENTO PRO CAPITE e FUNZIONI	2.053.383.240,00	629.212.053,00	886.915.730,00	485.820.093,00	16.729.798,00	13.949.866,00	20.755.700,00
Competenza 2022 _ rinnovi contrattuali 2016/2018 _ ACN MEDICINA CONVENZIONATA	5.658.876,00	1.751.992,00	2.443.605,00	1.463.279,00	-	-	-
Incremento indennità esclusività dirigenti sanitari	11.388.610,00	3.220.006,00	5.027.014,00	2.108.986,00	462.106,00	543.220,00	27.278,00
Finanziamenti oneri personale	17.047.486,00	4.971.998,00	7.470.619,00	3.572.265,00	462.106,00	543.220,00	27.278,00
FINANZIAMENTO PRO CAPITE E FUNZIONI	2.070.430.726,00	634.184.051,00	894.386.349,00	489.392.358,00	17.191.904,00	14.493.086,00	20.782.978,00
Finanziamento integrativo	149.606.392,56	61.203.055,56	67.949.554,56	8.283.350,98	7.241.957,26	4.928.474,20	
TOTALE FINANZIAMENTO 2022	2.220.037.118,56	695.387.106,56	962.335.903,56	497.675.708,98	24.433.861,26	19.421.560,20	20.782.978,00

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

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

Attraverso il presente atto, viene rappresentata una programmazione preliminare di tali attività ed interventi, le cui singole linee, oggetto di specifico finanziamento, sono elencate nella **Tabella 2 - FINANZIAMENTO ATTIVITÀ FINALIZZATE E/O DELEGATE DALLA REGIONE (C.D. “SOVRAZIENDALI”)**.

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

Tali attività sono oggetto di monitoraggio periodico da parte del Servizio competente per materia interno alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità in ordine al relativo andamento e, a tal fine, la Direzione medesima e le Aziende, individuate in **Tabella 2** quali “Ente gestore”, si forniranno reciprocamente i nominativi dei rispettivi referenti interni.

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

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

L'Ente titolare del finanziamento, qualificato come "Ente gestore" nella **Tabella 2**, è responsabile:

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

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

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

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

In applicazione del percorso sopra descritto gli Enti dovranno, per quanto riguarda le attività sovraziendali svolte direttamente, contabilizzare i costi sostenuti ed iscriversi tra i ricavi, il relativo importo di finanziamento.

In caso di linee sovraziendali non ancora ripartite tra gli Enti al momento dell'adozione del bilancio preventivo consolidato 2022 e in osservanza delle regole contabili vigenti in materia, gli Enti non potranno esporre nel proprio bilancio preventivo ricavi inerenti l'intera linea di finanziamento a copertura di pari costi.

Per quanto riguarda le attività sovraziendali delegate dovranno essere gestite esclusivamente a stato patrimoniale come credito/debito nei confronti dell'Ente che ne gestisce il finanziamento sovraziendale.

Si evidenzia infine, per entrambe le tipologie di finanziamento, che nulla varia circa le modalità di rendicontazione dei costi sostenuti. Per quanto riguarda invece le compensazioni finanziarie, ARCS, in raccordo con la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità definirà a livello centrale le partite debitorie/creditorie dei singoli Enti e ne darà formale comunicazione agli Enti interessati che provvederanno così ad effettuare le relative compensazioni.

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

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2022		Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
		Totale	Ripartito su EG			
1	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	73.000,00	73.000,00	ARCS	DPCM 3 marzo 2017	SPAVE
2	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	150.000,00	ASUFC	Linea prevenzione DGR 2271/2012	SPAVE
3	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	110.000,00	110.000,00	ASUFC	Linee di Gestione 2018 e 2019 (obiettivo 3.1.7)	SPAVE

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2022		Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
		Totale	Ripartito su EG			
4	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute	30.000,00	30.000,00	ASUGI	Linee di Gestione 2020 - linea 3.1 Ambiente e Salute	SPAVE
5	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici	100.000,00	100.000,00	ARCS	L.R. 28/1990 e alla DGR 1588/2008	SDO
6	Progetto odontoiatria pubblica	1.000.000,00	1.000.000,00	ASUGI	DGR 1681/2017	SDO
7	Spese di funzionamento Centro per la formazione in sanità	2.105.000,00	2.105.000,00	ARCS	LR 22/2019, art. 37, comma 1	SDO
8	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	460.000,00	ASUFC	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare DGR 2788/2009	DC
9	Finanziamento Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	200.000,00	61.110,00	ASUGI	LR 25/2016, art. 9, commi 1 e 2	SPSS
			87.326,75	ASUFC		
			51.563,25	ASFO		
10	Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	1.000.000,00	285.492,00	ASUGI	Attività DGR 1671/2016	SDO
			485.564,00	ASUFC		
			228.944,00	ASFO		
11	Progetto regionale OMS – Regions for Health Network (RHN)	30.000,00	30.000,00	ARCS	DGR 945 del 24/05/2017	DC
12	Progetto Comunicatori verbali	40.000,00	40.000,00	ASUFC	DGR 723/2009	SDO
13	Finanziamento Soccorso Alpino	160.000,00	160.000,00	ARCS	L.R. 24/2017 art. 16 comma 5	SDO
14	Rimborsi iscrizione volontaria SSN	5.000,00	5.000,00	ARCS	DM 08/10/1986	SDO
15	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	1.500.000,00	1.012.521,00	ASUGI	DGR 1910/2018	SDO
			100.634,00	ASUFC		
			386.845,00	ASFO		
16	Programmi abilitazione/riabilitazione salute mentale minori in cogestione con il Terzo Settore	307.848,00	81.710,00	ASUGI	DGR 1446/2021 DGR 122/2018DGR 122/2018 e L.R.22/2019	SPSS
			119.866,00	ASUFC		
			76.272,00	ASFO		
			30.000,00	BURLO		
17	Progetti d'inserimento sia diurno che pomeridiano di persone preadolescenti e adolescenti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo (disturbi dello spettro autistico)	100.000,00	100.000,00	ASUFC	DGR 1910/2018	SPSS
18	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00	300.000,00	ASFO	DGR 1910/2018	SDO
19	Avvalimento di personale delle Aziende Sanitarie per le progettualità della Rete Cure Sicure	150.000,00	150.000,00	ARCS	Intervento specifico (L.R. 12/2009 art.10 comma 11) DGR 2195/2019 (paragrafo .3.8)	SDO
20	Piano sangue regionale	4.050.000,00	4.050.000,00	ASUFC		SDO
21	Elisoccorso	6.300.000,00	6.300.000,00	ASUFC		SDO
22	Assicurazioni RC - polizza	3.898.552,50	3.898.552,50	ARCS		SDO
23	Assicurazioni RC - fondo copertura	13.182.561,00	13.182.561,00	ARCS		SDO
24	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del comparto e della dirigenza del SSR (importi con oneri inclusi)	31.281.460,63	31.281.460,63	da ripartire		SPER
25	Risorse aggiuntive regionali per personale elisoccorso del SSR (importi con oneri inclusi)	509.779,00	509.779,00	ASUFC		SPER
26	Piano della formazione, della comunicazione e studi	430.000,00	430.000,00	ARCS	DGR n. 189 del 12 febbraio 2021	SPER

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2022		Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
		Totale	Ripartito su EG			
27	Progetto di analisi, valutazione e valorizzazione del patrimonio edile e impiantistico del SSR	300.000,00	300.000,00	ARCS	DGR 2195/2019 Paragrafo 5.3; DGR 189/2021 Paragrafo 10.1.1, Paragrafo 10.1.8, Paragrafo 10.3.4	SETI
28	Attività di ricerca, formazione e disseminazione del Centro collaboratore OMS per la salute mentale – DSM/ASUGI	50.000,00	50.000,00	ASUGI	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare LR 13 del 29/06/2020 art. 105	DC
29	Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti	80.000,00	80.000,00	ARCS	LR 26/2015 Art. 33 DGR 189/2021 Paragrafo 10.3.4	SETI
30	Attività di supporto al Ministero della salute nel settore dei dispositivi medici e di supporto e alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti	75.000,00	75.000,00	ARCS	-	SETI
31	Accantonamento rinnovi contrattuali 2019/2021 comparto e dirigenza _ competenza 2022	39.410.632,85	11.816.988,20	ASUGI	Linee di Gestione 2021: DGR 189 dd 12.02.2021 (Tabella 2 linea 33)	SPER
			17.150.341,22	ASUFC		
			7.271.909,70	ASFO		
			1.486.635,06	BURLO		
			1.361.683,98	CRO		
			323.074,69	ARCS		
32	Accantonamento rinnovi contrattuali 2022/2024 comparto e dirigenza _ competenza 2022	353.035,31	54.840,91	ASUGI		SPER
			79.592,22	ASUFC		
			33.747,87	ASFO		
			6.899,26	BURLO		
			6.319,36	CRO		
			171.635,69	ARCS		
33	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	3.200.000,00	3.200.000,00	ARCS	Intervento specifico (L.R. 19/2006 art.30)	SPER
34	Finanziamento AIR Medicina convenzionata	37.036.848,53	9.952.898,33	ASUGI		SDO
			16.706.287,00	ASUFC		
			10.377.663,20	ASFO		
35	ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2022	5.926.566,17	1.746.860,27	ASUGI		SDO
			2.587.103,53	ASUFC		
			1.592.602,37	ASFO		
36	Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	1.994.757,34	459.272,37	ASUGI		SDO
			943.282,33	ASUFC		
			592.202,64	ASFO		
37	ACN medicina convenzionata 2022/2024 _ competenza 2022	3.005.242,66	884.375,72	ASUGI		SDO
			1.312.077,93	ASUFC		
			808.789,01	ASFO		
38	SMA	7.300.000,00	1.300.000,00	ASUFC		SEPICEF
			6.000.000,00	BURLO		
39	Cart-T	2.500.000,00	2.500.000,00	da ripartire		SEPICEF
40	Farmaci innovativi	14.000.000,00	14.000.000,00	da ripartire	Report AIFA	SEPICEF
41	"Programmi di abilitazione/riabilitazione dipendenze e budget di salute"	160.000,00	48.888,00	ASUGI	LR 22/2019, art. 9	SPSS
			69.861,40	ASUFC		
			41.250,60	ASFO		
42	Screening cardiovascolare	400.000,00	400.000,00	ARCS	DGR n.2084 del 09/11/2018	SPAVE
43	Indennità personale sanitario e oss (anno 2022)	9.000.000,00	9.000.000,00	da ripartire	Commi 409 e 414 L. 178/2020	SPER
44	Registro morte cardiaca improvvisa	300.000,00	300.000,00	ASUGI	Art. 9 commi 3-6 L.R. 26/2020	SDO
45	Progetto My Pebs	30.000,00	30.000,00	ASUGI		SPAVE

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2022		Ente gestore	Riferimenti	Servizio * competente
		Totale	Ripartito su EG			
46	Formazione operatori sociosanitari (OSS)	475.000,00	475.000,00	ASUFC	LR 6/2021, art. 77	SPTS
47	Incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari (anno 2021)	1.179.990,00	1.179.990,00	da ripartire	Art.1 commi 435 e 435-bis L.205/2017	SPER
48	Progetto recupero fuga extraregionale - attività di ricovero	9.932.260,40	4.484.055,30	ASUGI	DGR 1037/2021	SDO
			2.621.368,98	ASUFC		
			2.826.836,12	ASFO		
49	Progetto recupero fuga extraregionale - attività ambulatoriale	10.330.869,49	2.855.616,91	ASUGI	DGR 1037/2021	SDO
			4.660.599,59	ASUFC		
			2.814.652,99	ASFO		
50	Quota INAIL finalizzata (arretrati 2019, 2020, 2021)	1.550.631,33	1.550.631,33	da ripartire	Art. 1 cc. 526-528 L. 145/2018	SPER/SDO
51	Quota INAIL finalizzata (anno 2022)	520.000,00	520.000,00	da ripartire	Art. 1 cc. 526-528 L. 145/2018	SPER/SDO
52	Sorveglianza e passi d'argento	60.000,00	60.000,00	ASUGI	Art.12 commi 10 e 11 d.l. 179/2012 D.P.C.M. 3.03.2017 art. 1, Legge 22 marzo 2019, n. 29	SPAVE
53	Attività di gestione pandemica SARS-CoV-2 e acquisto di forniture	10.000.000,00	10.000.000,00	ARCS	Maggiori necessità di acquisto di beni per la gestione pandemica per riduzione delle forniture del Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19 a decorrere dall'anno 2022	SDO
TOTALE FINANZIAMENTO 2022		226.644.035,21	226.644.035,21			

***Legenda dei Servizi competenti:** DC (Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SEPICEF (Servizio pianificazione, controllo, economia sanitaria e assistenza farmaceutica, già SAFA - Servizio assistenza farmaceutica); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SPTS (Servizio politiche per il terzo settore); SSI (Servizio sistemi informativi e privacy); SETI (Servizio tecnologie ed investimenti); SPSS (servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria).

Di seguito si riporta la tabella con gli importi assegnati con DGR 1968/2021 relativi al pay back 2019 e accantonati a bilancio degli enti a consuntivo 2021 e che sono destinati alla copertura dell'accantonamento rinnovi contrattuali 2022/2024 comparto e dirigenza_ competenza 2022, la residua trova copertura nella linea n. 32 delle sovraziendali.

Tabella 3 - PAY BACK 2019 DI CUI ALLA DGR 1968/2021

Ente sanitario	Importo
A.S.U GIULIANO ISONTINA	6.170.135,10
A.S.U. FRIULI CENTRALE	8.954.897,86
A.S FRIULI OCCIDENTALE	3.796.962,85
IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	776.233,25
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIANO	710.991,17
AGENZIA REGIONALE COORDINAMENTO PER LA SALUTE	
TOTALE	20.409.220,23

11.4 Finanziamenti statali 2022

Alla luce dell'assegnazione alla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia del contributo straordinario di cui all'articolo 16, comma 8-septies del DL 146/2021, conv. con mod. con L. 215/2021 che troverà contabilizzazione nell'ambito del bilancio regionale per l'esercizio 2022, si riporta di seguito la tabella riepilogativa del finanziamento ripartito in base al criterio della popolazione pesata e assegnato a copertura dei costi relativi alle attività di contrasto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e campagna vaccinale 2022:

	Finanziamento ex art. 16, c.8-septies DL n. 146/2021
ASU Giuliano Isontina	3.865.692
ASU Friuli Centrale	5.330.487
AS Friuli Occidentale	3.013.595
Totale	12.209.774

Di seguito vengono elencati gli ulteriori contributi straordinari assegnati alla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia dalla Legge 30 dicembre 2021 n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" e che, nelle more della definizione dei relativi iter procedurali, verranno programmati e ripartiti con atti successivi:

- articolo 1, comma 261 (Finanziamento del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023) per l'importo di euro 4.140.000,00, pari al 2,07% di quota d'accesso rispetto al Fondo per il 2022 (assegnazione nelle more dell'adozione dei decreti attuativi dei Piani pandemici regionali);
- articolo 1, commi da 276 a 279 (Disposizioni in materia di liste d'attesa) per l'importo di euro 10.368.081,00 (Tab B, All. 4);
- articolo 1, comma da 290 a 292 (Proroga delle disposizioni in materia di assistenza psicologica di cui all'articolo 33 del decreto legge 25 maggio 2021 n.73) per gli importi di 165.600,00 euro e 412.593,00 euro (Allegati 5 e 6).

Si rappresenta, inoltre, a seguito dell'intervenuta conclusione con esito positivo dell'iter previsto dall'articolo 16, comma 8-novies del precitato DL 146/2021, conv. con mod. con L. 215/2021, che gli Enti del SSR potranno utilizzare in modo flessibile le risorse statali già erogate loro durante gli esercizi 2020 e 2021 ed accantonate nei rispettivi bilanci che non risultino ancora utilizzate per le finalità normativamente previste.

12 LE REGOLE GESTIONALI

12.1 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.

12.1.1 Farmaceutica

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

- Per la Farmaceutica territoriale (diretta + convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella **Tabella 1 - Finanziamento per popolazione e funzioni**;
 - o Fonte dati diretta: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".
 - o Fonte dati convenzionata e DPC: Liquero e WebDPC

- Per la Farmaceutica ospedaliera di seguito è riportato il dato di spesa distinto per Ente erogante di gennaio-ottobre 2021 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente al netto dei vaccini, dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA) e dei farmaci oncologici ed emato-oncologici e dei CdC COVID-19, compresa la quota della distribuzione diretta (10% - quota esclusi oncologici).
 - o Fonte dati: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".

Ente erogante	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2020)	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2021)	Δ	Δ%
AS FO	10.601.984	9.801.760	-800.224	-7,5%
ASU FC	26.014.824	27.121.486	1.106.663	4,3%
ASU GI	14.119.029	14.659.723	540.694	3,8%
IRCCS Burlo	2.130.843	1.569.997	-560.846	-26,3%
IRCCS CRO	2.329.089	2.352.557	23.468	1,0%
Totale	55.195.768	55.505.523	309.755	0,6%

Sulla base dei dati di gennaio-ottobre 2021, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera, comprensiva della quota della diretta (ad esclusione di quella degli oncologici) pari al 0,6% (esclusi i vaccini, i farmaci per la SMA ed i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i centri di costo COVID-19) rispetto al corrispondente periodo del 2020.

Per il 2022, gli Enti che hanno registrato nel 2021:

- una riduzione superiore rispetto al valore del 2020 dovranno ridurre rispettivamente dello 0,5% (AS FO) e dello 0,0% (IRCCS Burlo - mantenimento valore 2021);
- un aumento percentuale in linea con il valore regionale (IRCCS CRO) dovranno ridurre dell'1%
- un aumento superiore di 2 punti percentuali rispetto al valore regionale dovranno ridurre rispettivamente del 1,5% (ASU GI) e del 2% (ASU FC):

Obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	
Ente erogante	obiettivo 2022
ASFO	-0,5%
ASUFC	-2,0%
ASUGI	-1,5%
IRCCS Burlo	-0,0%
IRCCS CRO	-1,0%
Totale	-1,0%

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

In considerazione dei nuovi farmaci innovativi (oncologici e non) che si stanno rendendo disponibili nel corso degli ultimi 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 DL n. 73/2021, art 35-ter (convertito con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, della Legge 23 luglio 2021, n. 1) in un unico fondo da 1.000 mln di euro e che la legge di stabilità 2022 (art.88) propone di incrementare progressivamente negli anni a venire. La Regione FVG, in quanto a statuto speciale, non accede a tale fondo: tuttavia questi farmaci hanno un impatto anche nella nostra Regione di cui è rilevante tener conto, con particolare riferimento all'ambito 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-ottobre 2021 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero (flussi N-SIS, consumi ospedalieri), compresa la quota della distribuzione diretta (10% - quota oncologici):

Ente erogante	Ospedaliera oncologici ed emato-oncologici + 10% diretta onco (gen-ott 2020)	Ospedaliera oncologici ed emato-oncologici + 10% diretta onco (gen-ott 2021)	Δ	Δ%
AS FO	1.120.664	1.057.496	-63.168	-5,6%
ASU FC	18.357.838	17.420.967	-936.871	-5,1%
ASU GI	8.047.669	8.325.957	278.288	3,5%
IRCCS Burlo	389.773	396.552	6.779	1,7%
IRCCS CRO	15.505.903	15.759.141	253.238	1,6%
Totale	43.421.847	42.960.113	-461.734	-1,1%

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 α , ALDE5LEUCHINA, BACILLO CALMETE GUERRIN (BCG), MIFAMURTIDE, PLERIXAFOR, LENALIDOMIDE, TALIDOMIDE e POMALIDOMIDE; sono stati quindi esclusi quei farmaci che, pur appartenendo alla classe ATC L dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, hanno indicazioni diverse (Es: malattie reumatiche, trapianto, ecc.. Sono escluse da tale ambito le terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T.

Considerato l'andamento del periodo gennaio-ottobre 2021 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, il trend per il 2022 si prevede, per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero, compresa la quota della distribuzione diretta per la suddetta classe di farmaci (10% - onco):

- il mantenimento da parte di tutti gli Enti del SSR del valore registrato nell'anno 2021.

Tenuto conto dell'attivazione di una specifica linea sovraziendale 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 (crf. Paragrafo sovraziendali), nel corso del 2022 sarà attivato un monitoraggio specifico su tali farmaci. A consuntivo, a seguito dell'eventuale copertura di parte di tali costi, sarà operata una correzione sui dati complessivi di spesa, per il rispetto dei rispettivi vincoli assegnati.

12.1.2 Dispositivi medici

L'articolo 1, comma 557 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2022", nel sostituire il comma 8 dell'art. 9-ter del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, prevede che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA, sia dichiarato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e che la rilevazione, per l'anno 2019 e successivi, sia effettuata sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica relativi all'anno solare di riferimento.

Gli Enti del SSR applicano le indicazioni operative fornite dai Ministeri e trasmesse dalla DCS con nota prot. 8352, del 30/03/2020, per una corretta individuazione dei dispositivi medici e delle fatture elettroniche che rientrano nell'ambito di applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9-ter, comma 6, del DL 78/2015 e s.m.i. Si rappresenta inoltre che, ai sensi dell'art. 1, comma 287, della Legge di Bilancio 2022 (l. n. 234/2021), *"I dispositivi medici correlati alle azioni di contenimento e contrasto della pandemia di SARS-CoV-2, di cui all'elenco «Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza COVID-19», pubblicato nel sito internet istituzionale della Presidenza del Consiglio dei ministri, acquistati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, non sono considerati, per gli anni 2020 e 2021, ai fini del computo del tetto di spesa di cui all'articolo 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125."*

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

Al fine di garantire l'attuazione delle misure di contenimento sopra indicate, nell'ambito delle indicazioni per la redazione dei report trimestrali ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., verrà richiesta la produzione di una relazione che evidenzi le iniziative adottate dagli Enti del SSR per la progressiva riduzione della spesa per acquisti di dispositivi medici (esclusi quelli destinati a COVID-19). La produzione di detta relazione potrà costituire elemento di valutazione nei confronti dei Direttori Generali.

12.1.3 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.

12.1.4 Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche

Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi non superiori a quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.

12.1.5 Contenimento della spesa e *spending review*

In relazione all'attuazione della *spending review* le aziende dovranno proseguire nelle azioni di contenimento di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135 (c.d. "*spending review*") e al decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con legge 6 agosto 2015, n. 125 (c.d. "*spending review* 2015") e loro successive modifiche e integrazioni.

12.1.6 Risorse umane

In relazione ai vincoli nella gestione delle risorse umane si rinvia a quanto diffusamente esposto al precedente

punto 10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali.

12.2 Regole metodologiche di gestione

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

12.2.1 Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2022, 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 2022 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 2021, tenuto conto delle stime sui *setting* di utilizzo secondo cui circa l'90% della spesa è ascrivibile ad una diretta territoriale, nelle matrici di mobilità intra-regionale, sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).

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

Per i pazienti extra-regione la compensazione dei medicinali erogati in distribuzione diretta continua con le modalità già in essere.

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

12.2.2 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 2022, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2022, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2021.

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 quanto attiene all'applicazione della tariffazione COVID ex articolo 4 del DL 34/2020, questa troverà applicazione nell'ambito della mobilità extra regionale secondo le matrici di mobilità del FSN 2022, mentre all'interno del territorio regionale la sua applicazione verrà introdotta a seguito dell'intervenuta messa a punto del sistema informativo e successiva indicazione in tal senso della DCS.

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).

12.2.3 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 2022, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2022, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2021.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.2.4 Fondo assicurativo

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

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.

12.2.5 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.

12.2.6 Risorse aggiuntive regionali

Il finanziamento complessivo per il 2022 delle RAR comparto e dirigenza è stato previsto tra le spese sovraziendali.

In sede di predisposizione del bilancio preventivo, gli Enti non dovranno iscrivere costi e ricavi per tale partita.

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

I vigenti CCNL del personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN, nell'ambito della disciplina relativa ai fondi contrattuali, stabiliscono le modalità di determinazione dei fondi per la retribuzione di produttività/risultato.

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

12.2.8 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione

In continuità con l'attività svoltasi nel corso del 2020 e del 2021, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità proseguirà anche nel 2022 l'attività di circolarizzazione e raccordo tra le scritture contabili degli Enti 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.

12.2.9 Piattaforma Certificazione Crediti

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

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

12.2.10 Gestione fondi statali COVID-19

In considerazione del perdurare dell’emergenza sanitaria da COVID-19, in ottemperanza a quanto disposto dall’articolo 18, comma 1 del DL 18/2020, convertito con modificazioni con legge n. 27/2020, al fine di tracciare tutti i costi sostenuti per l’emergenza, è necessario garantire, anche nel 2022 (in continuità con

quanto verificatosi nel corso degli esercizi 2020 e 2021), la corretta e costante alimentazione dei centri di costo a tal fine istituiti, così come richiesto in occasione dell'avvio della rilevazione periodica dei costi COVID-19 giusta nota ad prot. 9465/P di data 15 aprile 2020. Un tanto anche al fine di conformare la propria attività alle indicazioni impartite in materia dalla Corte dei Conti e dal Tavolo degli adempimenti del MEF.

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

Per agevolare l'attività di tracciatura e futura rendicontazione dei costi COVID-19, per quanto attiene agli stanziamenti di parte statale di cui ai provvedimenti emergenziali, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà a trasmettere agli Enti del SSR, in analogia con quanto accaduto nel corso del 2020 e del 2021, un prospetto riassuntivo dei contributi straordinari assegnati alla Regione con i menzionati provvedimenti legislativi.

Detto quadro riassuntivo dei finanziamenti statali verrà aggiornato con le assegnazioni di contributi straordinari statali in materia di contrasto all'epidemia da COVID-19 dell'esercizio 2022.

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

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

Sempre con riferimento alle assegnazioni statali per l'emergenza in parola, gli Enti del SSR sono tenuti a fornire tempestivamente alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'ARCS ogni elemento utile al riscontro delle richieste di monitoraggio periodico formulate nei confronti della Regione da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze circa lo stato di avanzamento della spesa del Programma Operativo per l'emergenza COVID-19 ex articolo 18 del DL 18/2020 e del PANFLU 2021-2023.

12.2.11 Donazioni correlate alla gestione dell'emergenza pandemica da COVID-19

Anche nel 2022, allo scopo di definire, con chiarezza e precisione, l'impatto dell'epidemia da COVID – 19, gli Enti del SSR dovranno alimentare il centro di costo dedicato "COV20" con i costi direttamente imputabili alla gestione dell'emergenza; inoltre dovranno dare evidenza, nei rendiconti periodici ex articolo 44 della legge regionale 26/2015 e s.m.i., come novellato dall'articolo 57 della legge regionale 22/2019 e s.m.i. delle donazioni ricevute e finalizzate all'emergenza distinte per:

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

12.2.12 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali

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

competitività nonché in materia di processo civile).

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.

12.2.13 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale

In continuità con quanto avvenuto nel 2021, nel corso del 2022 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 Covid-19.

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.

12.2.14 Convenzioni sociosanitarie

ABBATTIMENTO RETTA

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

Per l'anno 2022, delle quote complessive relative all'abbattimento rette nelle residenze per anziani non autosufficienti e nei servizi semiresidenziali stanziati sui capitoli 4499 e 8408, vengono inizialmente assegnate, rispettivamente, la quota di euro 46.624.005,00, ripartita in base ad un'ipotesi di occupazione al 90% dei posti convenzionati di ogni Azienda sanitaria, e di euro 1.147.123,80, ripartita in base ai costi storici dell'anno 2019 (ultimo anno ante emergenza epidemiologica), 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.

Al termine del primo semestre 2022, si prevede l'erogazione a favore delle Aziende, di una quota delle risorse stanziata sui capitoli 4499 e 8408, calcolata sulla base dei dati sull'occupazione disponibili sul gestionale SIRA FVG al 30/06/2022".

ONERI SANITARI

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

L'importo di euro 30.900.055,00 è ripartito tra le Aziende sulla base del finanziamento storico. Del finanziamento stanziato sul capitolo 7788, destinato agli oneri sanitari a carico delle Aziende sanitarie della Regione per l'assistenza prestata nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, una quota di euro 3.700.000,00 è assegnata a copertura dei costi derivanti dall'applicazione dei parametri definiti dalla DGR 124/2020. Il restante finanziamento verrà assegnato in relazione all'eventuale attivazione di nuovi posti letto convenzionati in adeguamento al fabbisogno o da successive disposizioni.

Si conferma che per l'anno 2022, 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 2021

CONVENZIONI E CONTRATTI PER ATTIVITÀ RIABILITATIVE NELLA DISABILITÀ

In previsione di un adeguamento tariffario, le risorse da destinare alle attività di riabilitazione estensiva ex art. 26 L. 833/78. per l'anno 2022 vengono incrementate e ammontano complessivamente a euro 15.500.000,00.

Nell'ambito del finanziamento per popolazione e per funzioni, per l'anno 2022 viene confermato l'importo di euro 5.000.000,00 da destinare al co-finanziamento dei trattamenti socio-riabilitativi previsti nell'ambito di progetti personalizzati sia per persone con disabilità già inserite in percorsi innovati e sperimentali che per la realizzazione di nuovi interventi con queste finalità.

FINANZIAMENTO ATTIVITÀ RIABILITATIVE RIVOLTE A MINORI, A PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE E DI DIPENDENZA PATOLOGICA

Per il 2022 vengono incrementati gli importi destinati agli interventi terapeutico riabilitativi rivolti a minori con disturbi neuropsichici – euro 4.430.000 – alle persone con problemi di dipendenza patologica – euro 6.748.800 – e alle persone con problemi di salute mentale – euro 17.293.692.

Per i minori con disturbi neuropsichiatrici vengono inclusi 530.000 € destinati all'attivazione di budget di salute, per le dipendenze e la salute mentale si provvede ad un incremento complessivo del 20% rispetto al 2021 in relazione alle necessità di investimento relativo all'incremento delle persone con bisogni complessi in contatto con i servizi, anche a fronte dell'impatto persistente della situazione pandemica. Tali risorse si indirizzano prioritariamente in attività coprogettate e cogestite con il Terzo Settore.

Tabella 4 – Integrazione sociosanitaria - finanziamento per funzioni e popolazione

	REGIONE	ASUGI	ASUFC	ASFO	IRCCS BURLO	IRCCS CRO
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	108.063.427,60	34.338.754,20	47.427.540,00	26.267.133,40	30.000,00	
<i>Convenzione oneri sanitari strutture residenziali anziani</i>	<i>30.900.055,00</i>	<i>9.638.252,00</i>	<i>14.165.779,00</i>	<i>7.096.024,00</i>		
<i>Altre prestazioni di Socio Sanitaria</i>	<i>76.473.372,60</i>	<i>24.675.502,20</i>	<i>33.121.761,00</i>	<i>18.646.109,40</i>	<i>30.000,00</i>	
Minori - strutture residenziali e semiresidenziali	3.900.000,00	1.314.314,00	1.592.925,00	992.761,00		
Minori- budget di salute	530.000,00	156.305,00	243.695,00	100.000,00	30.000,00	
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	15.500.000,00	1.359.855,00	8.078.446,00	6.061.699,00		

	REGIONE	ASUGI	ASUFC	ASFO	IRCCS BURLO	IRCCS CRO
Disabilità -Trattamenti socio-riabilitativi progetti sperimentali	5.000.000,00	1.538.548,00	2.175.600,00	1.285.852,00		
Salute mentale - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	17.293.693,20	6.920.974,00	8.145.091,00	2.227.628,20		
Dipendenze - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	6.749.624,40	3.249.997,20	2.460.118,00	1.039.509,20		
Altre prestazioni sociosanitarie	27.500.055,00	10.135.509,00	10.425.886,00	6.938.660,00		
Funzioni socio assistenziali finalizzate	690.000,00	25.000,00	140.000,00	525.000,00		
FINANZIAMENTO AREA WELFARE	1.200.000,00	1.200.000,00				

Minori budget di salute-nuova linea ex sovraziendali
Salute Mentale-incremento del 20%
Dipendenze-incremento del 20%

12.3 Erogazioni provvisorie di quote di finanziamento per l'esercizio 2022

Nelle more della definizione della programmazione annuale 2022 e delle relative risorse, al fine di salvaguardare operatività e regolare funzionamento degli Enti del Servizio sanitario regionale è necessario garantire i flussi finanziari a favore degli Enti.

Pertanto, fino all'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2022 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, si autorizza la Struttura competente 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 acconto stimata dell'anno precedente.

È, inoltre, autorizzata l'erogazione provvisoria e salvo conguaglio agli IRCCS, in un'unica soluzione, della quota vincolata alla ricerca.

Nella tabella sotto riportata sono espresse 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 negli importi previsti per l'esercizio 2021 dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1968 del 23 dicembre 2021:

ENTE SSR	Finanziamento indistinto Col. 1	Finanziamento funzioni Col. 2	Saldo mobilità interregionale Col. 3	Finanziamento indistinto e funzioni + mobilità Col. 4=Col.1+Col.2+Col.3	Erogazione mensile gen - nov Col. 5	Erogazione dicembre a conguaglio Col. 6	Quota FSR vincolata a ricerca IRCCS Col. 7
ASU GI	633.995.461,76	58.300.990,35	-29.005.637,93	663.290.814,18	55.274.234,00	55.274.240,18	
ASU FC	840.113.128,48	101.341.072,29	12.408.964,89	953.863.165,66	79.488.597,00	79.488.598,66	

AS FO	459.540.364,40	39.769.938,91	-55.489.573,65	443.820.729,66	36.985.060,00	36.985.069,66	
IRCCS Burlo	9.342.688,00	7.431.118,46	24.665.414,58	41.439.221,04	3.453.268,00	3.453.273,04	9.297.000,00
IRCCS CRO	8.726.668,00	2.667.122,03	47.420.832,11	58.814.622,14	4.901.218,00	4.901.224,14	9.297.000,00
ARCS	18.221.455,00	-	-	18.221.455,00	1.518.454,00	1.518.461,00	

12.4 Normativa da applicarsi alla procedura di approvazione del piano attuativo degli Enti: richiamo

L'articolo 52, comma 3, della l.r. n. 22/2019 dispone che "agli esiti delle attività di negoziazione il piano attuativo, corredato della relazione del collegio sindacale, è definitivamente approvato dal direttore generale [...]".

E' necessario sottolineare che la vigente normativa regionale dispone, pertanto, l'obbligo di preventiva acquisizione della relazione del Collegio sindacale – quale atto consultivo - ai fini dell'approvazione definitiva del Piano, essendo tale approvazione ora assegnata espressamente al Direttore Generale dell'Ente, diversamente da quanto in passato la precedente normativa regionale, ora abrogata, prevedeva.

Nel rispetto della vigente normativa gli Enti sono tenuti a dare corso agli adempimenti dovuti per il perfezionamento del proprio Piano attuativo per l'esercizio di riferimento, dando attuazione alle indicazioni che saranno adottate da ARCS in applicazione della scansione temporale ordinaria del ciclo di programmazione regionale e aziendale fissata dagli articoli 50 e 52 della l.r. n. 22/2019 e ora da rideterminarsi prendendo come base la data di definitiva approvazione da parte della Giunta regionale delle presenti Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale.

L'art. 52 della l.r. n. 22/2019 fissa la scansione temporale del procedimento – e delle sue sub-fasi - solo nella durata massima; si chiede, pertanto, ad ARCS e a tutti gli Enti del S.S.R. di adoperarsi per quanto possibile per abbreviare i tempi operativi richiesti utilizzando ogni possibile strumento collaborativo disponibile nei rapporti tra Enti e Organi dello stesso Ente, in particolare al fine di agevolare l'emanazione degli atti consultivi necessari.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE