

Delibera n° 2514

Estratto del processo verbale della seduta del
28 dicembre 2018

oggetto:

LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE - ANNO 2019. APPROVAZIONE PRELIMINARE.

Massimiliano FEDRIGA	Presidente	presente
Riccardo RICCARDI	Vice Presidente	presente
Sergio Emidio BINI	Assessore	presente
Sebastiano CALLARI	Assessore	presente
Tiziana GIBELLI	Assessore	assente
Graziano PIZZIMENTI	Assessore	presente
Pierpaolo ROBERTI	Assessore	presente
Alessia ROSOLEN	Assessore	presente
Fabio SCOCCIMARRO	Assessore	presente
Stefano ZANNIER	Assessore	presente
Barbara ZILLI	Assessore	presente

Gianfranco ROSSI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49, recante “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione sociosanitaria”, che, in particolare al comma 2, dell'art. 12, demanda alla Giunta Regionale l'emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale, specificando che le stesse individuano:

- a) gli obiettivi annuali e le modalità di valutazione del loro raggiungimento ai sensi dell'articolo 14, comma 7, della legge regionale 12/1994;
- b) le risorse disponibili ed i criteri di finanziamento delle Aziende;

atteso che le innanzi citate disposizioni, relative alla programmazione del Servizio sanitario regionale si applicano, ai sensi dell'articolo 46 della predetta L.R. n. 49/1996 e dell'art. 14, comma 1, della L.R. 10 agosto 2006, n. 14, anche agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste e “Centro di riferimento oncologico” di Aviano, quali Enti del Servizio sanitario regionale incidenti sui contenuti sostanziali dell'atto;

richiamata la L.R. n. 27 dd. 17.12.2018 “Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale”, che ha abrogato in parte la L.R. 17/2014, articolando all'art. 3 il SSR, a completamento del processo riorganizzativo, nelle seguenti Aziende/Enti:

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

rilevato che, nell'ambito della progressiva attuazione degli assetti delineati dalla legge di riordino, ai sensi e per gli effetti dell'art. 12, comma 2 della predetta L.R. 27/2018 con decorrenza dal 1.1.2019 sono nominati i seguenti commissari straordinari:

- commissario dell'ARCS;
- commissario unico dell'ASUI di Trieste e dell'AAS 2 “Bassa Friulana-Isontina”;
- commissario unico dell'ASUI di Udine e dell'AAS 3 “Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli”;

precisato che i destinatari delle presenti Linee di gestione sono pertanto i suddetti Commissari straordinari ed i vertici istituzionali degli I.R.C.C.S. “Burlo Garofolo” e “CRO” e dell'Azienda Sanitaria “Friuli Occidentale”;

richiamato l'art. 6 della succitata legge regionale n. 27/2018 che stabilisce che le Aziende sanitarie regionali di cui all'art. 3, attraverso le loro strutture, erogano prestazioni per assicurare i livelli di assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica, distrettuale e ospedaliera;

richiamato l'art. 14 della più volte citata L.R. n. 27/2018 che stabilisce che, in deroga a quanto previsto dall'art. 20 della L.R. 49/1996, il termine del 31 dicembre in relazione all'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2018 è prorogato al 31 marzo 2019;

vista la L.R. 12/2015 recante all'oggetto “Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del FVG, modifiche e integrazione alla LR 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali”, che ha stabilito che le funzioni della Conferenza permanente di cui all'art. 2, comma 2 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 sono esercitate dal Consiglio delle autonomie locali;

richiamato l'art. 1, comma 7, lettera d), della L.R. 9 marzo 2001, n. 8 e successive modifiche e integrazioni, il quale prevede l'espressione del parere del Consiglio delle autonomie locali sulle Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale di cui all'art. 12, comma 2 della legge regionale 49/1996;

ritenuto pertanto di procedere all'approvazione in via preliminare delle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2019 e di trasmetterne copia al Consiglio delle Autonomie Locali, al fine di acquisire il parere di competenza ai sensi dell'art. 9 della L.R. 12/2015;

tenuto conto che, l'entità delle risorse per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2019 è definita dalla "Legge di stabilità 2019" nonché dal "Bilancio di previsione per gli anni 2019-2021 e per l'anno 2019";

su proposta dell'Assessore regionale alla salute, politiche sociali e disabilità,

la Giunta regionale all'unanimità

Delibera

1. di approvare in via preliminare il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2019" di cui all'art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49, allegato al presente provvedimento del quale ne fa parte integrante e sostanziale;

2. di trasmettere le "Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2019" al Consiglio delle Autonomie Locali, al fine di acquisire il parere di competenza.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE



**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO
REGIONALE - ANNO 2019**

INDICE

1. Lo scenario	pag	3
2. Il processo di programmazione	pag	5
3. Le progettualità	pag	6
3.1. Promozione della salute e prevenzione	pag	9
3.2. Assistenza distrettuale e assistenza sociosanitaria	pag	18
3.3. Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa	pag.	42
3.4. Accreditemento	pag.	51
3.5. Assistenza ospedaliera	pag	53
3.6. Rete Cure Sicure FVG	pag	60
3.7. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	pag	62
3.8. Rapporto con i cittadini	pag	64
4. Il sistema informativo	pag	66
5. Gli investimenti	pag	72
6. Le risorse finanziarie	pag	74
7. Le regole gestionali	pag	80
8. La gestione delle risorse umane	pag	85
Allegato A – Elenco delle prestazione oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa	pag	92
Allegato B – Indicatori	pag	94

1. LO SCENARIO

Per il Servizio Sanitario Regionale, l'anno 2018 si conclude con l'adozione della legge regionale n. 27 dd. 17.12.2018 di modifica della legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" che ha determinato la ridefinizione dell'assetto del SSR nelle seguenti Aziende/Enti:

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

Per quanto sopra evidenziato, in relazione alla progressiva realizzazione del nuovo assetto istituzionale del sistema sanità della Regione, il processo programmatorio delle Aziende/Enti del SSR del 2019, in deroga a quanto previsto dall'articolo 20 della legge regionale n. 49 del 19 dicembre 1996 "Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria", subisce una proroga del termine al 31 marzo 2019.

L'annualità 2019 si caratterizzerà per l'entrata a regime della suddetta legge di riforma e sarà scandita dai seguenti momenti:

- a. avvio dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) dal 1.1.2019, attraverso la riconversione dell'EGAS alle funzioni previste dalla predetta legge regionale, con l'attivazione della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) e la rivisitazione del sistema di finanziamento delle Aziende/Enti del SSR, secondo criteri standard, nel rispetto delle percentuali di risorse fissate dalla normativa per i tre livelli organizzativi (LEA)
- b. fase di commissariamento, nel corso della quale verrà dato avvio al nuovo assetto istituzionale, per le seguenti Aziende/Enti:
 - Azienda regionale di coordinamento per la salute;
 - Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste ed Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina", per le quali verrà nominato un commissario unico;
 - Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine ed Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli", per le quali verrà nominato un commissario unico;
- c. nomina dei Direttori Generali delle Aziende/Enti commissariati del SSR entro il 1.1.2020.

Con successivi atti giuntali saranno approvate specifiche linee di indirizzo per definire nel concreto i passaggi operativi della fase di commissariamento delle Aziende/Enti interessati, con particolare riguardo all'ARCS ed ai percorsi normativi tracciati ai fini del trasferimento dei rapporti giuridici attivi e passivi, compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, nel rispetto del dettato della legge regionale di riordino del SSR e della clausola di invarianza finanziaria.

Rimangono allo stato attuale invariati altri fondamentali atti programmatori regionali quali la "Definizione delle funzioni e degli standard organizzativi per la prevenzione, l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera" (DGR 2673/2014), l'"Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici" (DGR 929/2015), il "Piano regionale della prevenzione" (DGR 1243/2015), il "Piano regionale dell'emergenza urgenza" (DGR 2039/2015) ed il "Piano regionale per la Medicina di Laboratorio" (DGR 599/2017), che risultano in fasi più o meno avanzate di attuazione e che potranno essere oggetto di adeguamento conformemente al nuovo assetto organizzativo.

Nel corso del 2018 sono state approvate ulteriori n. 3 reti di patologia (*Pediatria, Salute mentale, Infettivologica*) e sono state avviate le rispettive attività. Le nuove reti si affiancano a quelle già esistenti (*Emergenze cardiologiche, Filiera Cuore delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Insufficienza cardiaca cronica, Filiera Fegato delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Filiera Rene delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, Ictus, Malattie reumatiche, Malattie rare, Cure palliative e Terapia del dolore*) che vedono la prosecuzione della definizione di percorsi di cura condivisi e l'implementazione di modalità operative comuni sul territorio regionale, con attese ricadute positive sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini.

Nel 2018 è proseguita l'implementazione dei progetti di *Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver*, di *Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza*, di *Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)*, di *Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente*, di *Esperienza nei percorsi assistenziali* e, sempre per venire incontro alle esigenze dei cittadini, è stato dato avvio a progetti di *Innovazione nella gestione di alcune terapie*. Tali progetti continueranno a trovare sviluppo anche nel 2019 in quanto di sicuro interesse per il positivo impatto che ci si attende nel rapporto con i cittadini.

Nel 2019 proseguono le azioni di *governance* clinica di:

- a. promozione della salute e assistenza integrata.
- b. revisione dei *setting* assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità;
- c. razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia, con l'obiettivo di eliminare le pratiche obsolete ed inutili, disinvestendo ciò che è inefficace (spreco) e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci;
- d. adozione, nelle scelte di programmazione aziendale, di criteri espliciti di evidenza e di provata scientificità, sia per le tecnologie sia per i processi assistenziali;
- e. revisione degli attuali modelli organizzativi, al fine di renderli sempre più conformi alle esigenze del paziente e dei suoi familiari;
- f. garanzia al cittadino del rispetto dei tempi d'attesa in regime ospedaliero ed ambulatoriale, in coerenza con la DGR 2034/2015 e relativa applicazione;
- g. utilizzo di strumenti di valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute della comunità;
- h. sostegno ai processi di *governance* con l'estensione e l'innovazione della tecnologia informatica;
- i. coinvolgimento del personale.

2. IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE

La Regione, attraverso le presenti Linee di gestione, definisce gli obiettivi ed i relativi risultati attesi, nonché le risorse complessivamente disponibili del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per l'anno 2019, per permettere alle Aziende ed Enti del SSR di predisporre i singoli Piani attuativi locali (PAL) e Piani attuativi ospedalieri (PAO).

Stante la peculiarità dell'anno 2019, interessato da una modifica istituzionale del SSR e che si avvia con una fase di commissariamento per alcune Aziende/Enti, risulta imprescindibile che il processo di programmazione subisca alcune variazioni sotto il profilo formale e nella tempistica, come di seguito evidenziato:

- predisposizione da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito DCS) ed invio alle Aziende/Enti, entro il **31.12.2018**, delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2019 (versione preliminare) e trasmissione delle stesse al Consiglio delle Autonomie Locali per l'acquisizione del parere di competenza;
- predisposizione da parte delle AAS/ASUI della proposta di PAL 2019 e da parte degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste della proposta di PAO 2019 e trasmissione della proposta di PAL/PAO alla DCS entro il **22.2.2019** per la negoziazione che si terrà successivamente con la DCS stessa;
- entro il **22.2.2019**, anche l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) dovrà predisporre la propria proposta di piano annuale, corredata dal bilancio preventivo e dalla relazione del commissario.

Per tutte le Aziende ed Enti del SSR la proposta di PAL/PAO dovrà essere corredata da una prima ipotesi di Bilancio previsionale 2019, tenuto conto dell'assegnazione iniziale del finanziamento per popolazione e funzioni effettuata secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione pari a complessivi € 2.001.788.673.

- negoziazione con la DCS per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO delle Aziende/Enti del Servizio sanitario regionale entro il 15.3.2019;
- all'esito della negoziazione – dopo valutazione degli obiettivi di attività, delle politiche gestionali, degli interventi sull'assetto organizzativo e funzionale, della programmazione delle risorse umane e degli investimenti – si procederà ad assegnare alle Aziende del SSR l'ulteriore quota di finanziamento, ripartendo l'importo complessivo disponibile pari a € 214.439.233;
- entro il **22.3.2019**, acquisizione da parte delle Aziende/Enti del SSR dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004, come modificata dalla L.R. n. 12/2015, della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università;
- approvazione del PAL/PAO 2019, da parte di ogni Azienda/Ente, nonché del piano annuale dell'ARCS, entro il **31.3.2019**, ai fini dell'approvazione del bilancio preventivo in pareggio coerentemente con la programmazione delineata e con le ulteriori risorse assegnate a seguito della negoziazione; successiva trasmissione dello stesso alla DCS, alla Conferenza dei sindaci o alla Conferenza permanente e al proprio Collegio sindacale;
- entro il **31.5.2019** la DCS adotterà e trasmetterà alla Giunta Regionale il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato.

3. LE PROGETTUALITÀ

Richiamate le scelte strategiche regionali indicate nel capitolo che descrive lo scenario e tenuto conto delle risorse a disposizione del SSR, la programmazione annuale 2019 degli Enti del SSR si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali:

- **3.1. Promozione della salute e prevenzione:**
 - 3.1.1. Tutela della salute della donna
 - 3.1.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)
 - 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)
 - 3.1.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)
 - 3.1.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)
 - 3.1.6. Dipendenze
 - 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)
 - 3.1.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)
 - 3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)
 - 3.1.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)
 - 3.1.11. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)
 - 3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)
 - 3.1.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)
 - 3.1.14. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)
 - 3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)
 - 3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)
 - 3.1.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)
 - 3.1.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

- **3.2. Assistenza distrettuale ed Assistenza Sociosanitaria:**
 - 3.2.1. Assistenza Distrettuale**
 - 3.2.1.1. Assistenza primaria
 - 3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine
 - Diabete mellito
 - Scompenso cardiaco
 - BPCO
 - Sindromi dementigene
 - 3.2.1.3. Riabilitazione
 - 3.2.1.4. Assistenza protesica
 - 3.2.1.5. Superamento contenzione

 - 3.2.2. Assistenza Sociosanitaria**
 - 3.2.2.1. Anziani non autosufficienti
 - Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani
 - Sistema di VMD Val.Graf FVG

- Sistema di finanziamento
- Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani
- Flussi e sistemi informativi
- Sperimentazione "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"
- Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso
- 3.2.2.2. Disabilità
 - Fondo gravissimi
 - Fondo SLA
 - Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità
 - Dopo di noi
 - Autismo
- 3.2.2.3. Minori
- 3.2.2.4. Salute Mentale
- 3.2.2.5. Disturbi del comportamento alimentare
- 3.2.2.6. Cure palliative e terapia del dolore
- 3.2.2.7. Consultori familiari
- 3.2.2.8. Sanità penitenziaria
- 3.2.2.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
- 3.2.2.10. Dipendenze
- 3.2.2.11. Cooperazione sociale sinergie

3.2.3. Area Welfare

- 3.2.3.1. Azioni di sistema
- 3.2.3.2. Anziani
- 3.2.3.3. Disabilità
- 3.2.3.4. Minori
- 3.2.3.5. Dipendenze
- 3.2.3.6. Salute Mentale

3.2.4. Odontoiatria pubblica

3.3. Assistenza farmaceutica e Assistenza integrativa

- 3.3.1. Tetti spesa farmaceutica
- 3.3.2. Appropriately prescrittiva
- 3.3.3. Attività centralizzate (ARCS)
- 3.3.4. Appropriately prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale
- 3.3.5. Biosimilari
- 3.3.6. Distribuzione diretta e distribuzione per conto dei medicinali
- 3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche
- 3.3.8. Assistenza Integrativa
- 3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica
- 3.3.10. Farmacovigilanza

3.4. Accreditemento

3.5. Assistenza ospedaliera:

- 3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti
- 3.5.2. Emergenza urgenza

- 3.5.3. Reti di patologia
- 3.5.4. Pediatria
- 3.5.5. Percorso nascita
- 3.5.6. Sangue ed emocomponenti
- 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza

3.6. Rete cure sicure FVG

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

3.8. Rapporto con i cittadini:

- 3.8.1. Tempi d'attesa
- 3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie
- 3.8.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei *target* attesi, previsti nei diversi paragrafi sopra descritti, oltre che dell'ARCS, la DCS continua ad avvalersi delle strutture di *Epidemiologia* e di *Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie* e *Centro di coordinamento regionale malattie rare* del presidio ospedaliero *Santa Maria della Misericordia* di Udine, delle strutture di *Epidemiologia e biostatistica* dell'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico *Centro di riferimento oncologico* di Aviano, per l'area oncologica, ed *Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari* dell'IRCCS *Burlo Garofolo* di Trieste, per l'area materno-infantile, nonché dell'*Area Welfare* dell'AAS2.

3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.1.1. Tutela della salute della donna

Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita è importante la figura dell'ostetrica per trasmettere messaggi relativi all'adozione di stili di vita sani (alimentazione, astensione dal fumo, attività fisica, malattie sessualmente trasmesse, screening oncologici ecc.)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

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

Il calcolo del rischio CV viene attuato in una minoranza di casi nel FVG (4% da dati PASSI FVG) ed è il primo passo per la diffusione e il rafforzamento degli stili di vita sani e per l'inizio precoce della terapia farmacologica nei casi a rischio alto/molto alto. Inoltre i pazienti a rischio CV aumentato possono essere avviati a percorsi per la diagnosi del danno d'organo, di cura e presa in carico specialistica. Il progetto pilota si basa su uno screening opportunistico del paziente nella fascia di età 45-60 anni, che si reca all'ambulatorio del MMG.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<u>Screening opportunistico</u> : avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione	Il 10 % dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare
<u>Cardio 50</u> : verrà data continuità al progetto Cardio 50 sui territori dei Distretti di Gemona e San Daniele	Adesione del 60% della popolazione invitata

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

L'andamento dei programmi di screening ha evidenziato un netto miglioramento degli indicatori di performance e segnatamente dell'adesione nel biennio 2017-2018: è prioritario che le Aziende sfruttino tutti gli strumenti a disposizione per perseguire gli obiettivi di adesione del Piano Prevenzione assicurando al contempo il rigoroso rispetto degli standard qualitativi di erogazione di programmi di salute pubblica che interessano ogni anno 350.000 persone in Regione.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ASUITS: gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA assicurando presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari.	<ul style="list-style-type: none">- Laboratorio unico HPV-DNA e cervico-citologia di screening presso l'Anatomia Patologica di ASUITS.- Fascia di popolazione obiettivo 50-64 invitata a screening con HPV-DNA come test primario.- HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS
Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.	<ul style="list-style-type: none">- Operatori aziendali formati

Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello	- Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni come da nota trasmessa dalla DCS
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di primo livello: Collaborano alla realizzazione della logistica di trasporto dei campioni al laboratorio unico secondo le indicazioni della DCS	- Logistica di supporto realizzata secondo indicazioni DCS
Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening di primo livello: garantire la tempestiva lettura dei pap-test primari fino a transizione di programma avvenuta	- Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
ARCS: Collaborare con la Direzione Centrale per la riorganizzazione della logistica di supporto allo screening cervicale	- Logistica di supporto mantenuta
Tutte le Aziende Sanitarie: raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
Tutte le Aziende Sanitarie: mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5% Formale individuazione, con trasmissione alla DCS entro 30 giorni dall'approvazione definitiva delle presenti linee, di un referente amministrativo in ogni distretto Report alla DCS entro il 31.12.2019 con le azioni intraprese ai fini del contenimento del fenomeno
Tutte le aziende sanitarie: continuare a garantire le sedi per l'erogazione dello screening mammografico accertando la permanenza dei requisiti per l'installazione dell'unità mobile e garantendo l'accessibilità da parte delle persone (barriere architettoniche, igiene dei locali, rispetto della privacy, decoro...) ARCS: mantenere supporto alla DCS nell'attività di controllo	Tutte le aziende sanitarie - Requisiti check-list DCS rispettati - Collaborazione negli eventuali sopralluoghi di controllo ARCS: - Evidenza effettuazione sopralluoghi
Tutte le aziende con unità senologica: garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	- Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva e corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico, ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- Tempi di attesa per approfondimenti di secondo livello < o = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello - Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - Tempo di attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella < o = a gg 30 - Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
ARCS: garantire continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili	- Gara espletata
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95% Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni

garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	
--	--

3.1.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Continuano le attività collegate agli screening neonatali nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	<ul style="list-style-type: none"> - Burlo: report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attività effettuate - Tutte le Aziende: diffusione e applicazione delle procedure con report alla DCS

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

La Scuola è chiamata a contribuire alla trasmissione e diffusione di una nuova cultura della salute sempre più orientata ad interventi di empowerment della persona, che favorisca lo sviluppo di capacità personali e sociali (life skills), al fine di rendere i giovani responsabili e consapevoli delle scelte di vita.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	almeno il 90% delle scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Sviluppo, da parte di tutte le aziende sanitarie, di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 50 % delle scuole a livello regionale. Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA

3.1.6. Dipendenze

Per la parte riguardante gli obiettivi relativi (Gioco Azzardo Patologico) vedere il capitolo 3.3.2.10.

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

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato Le progettualità dovranno esser inserite in banca dati PROSA
Tutte le Aziende Sanitarie: diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (invecchiamentoattivo.fvg)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

AAS 3: messa a regime del "Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona	Report attività a fine giugno e dicembre 2019
---	---

3.1.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Continua, mediante iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione e amministratori, il consolidamento, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.

3.1.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

La DCS elaborerà il report delle attività svolte negli anni scorsi. Alle Aziende sanitarie sarà restituito e dettagliato e queste a loro volta dovranno diffonderlo nei territori di loro competenza (scuole, associazioni, enti, ecc.) con report da inviare alla DCS.

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

Nel corso del 2018 sono stati completati i corsi per auditor, rivolti al personale che opera negli Organi di Vigilanza sui temi della Salute e della Sicurezza del lavoro, le cui esperienze verranno messe a frutto nel 2019. Sul fronte della vigilanza, anche nel corso del 2019 dovranno essere proseguite le iniziative di verifica dell'applicazione omogenea delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura in ambito regionale.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: partecipare alle fasi V e VI del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevedono: <ul style="list-style-type: none"> - V fase: la definizione di un modello di scheda per la valorizzazione (pesatura) dei prodotti finiti; - VI fase: la stima delle risorse impiegate per ogni prodotto finito 	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di un modello di scheda di valorizzazione condivisa a livello regionale e vistata dal responsabile scientifico del progetto - almeno il 90% dei questionari inviati dal gruppo di progetto dovranno essere correttamente compilati dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione intervistati
Tutte le Aziende Sanitarie – SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Tutte le Aziende Sanitarie: almeno 50 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
Tutte le Aziende Sanitarie - SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Tutte le Aziende Sanitarie: Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditori regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditori regionali e avvio della fase realizzativa

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

Verrà data continuazione alla programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate negli scorsi anni.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - 5% delle aziende vigilate. <ul style="list-style-type: none"> o Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri

	<p>notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Agricoltura: vigilare 128 aziende agricole a livello regionale <p>(Report di attività alla DCS)</p>
--	--

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

Si dovrà garantire un'omogenea attività di informazione e assistenza in materia di salute e sicurezza, nei vari comparti produttivi o di servizio ponendo come priorità le attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo – scheletrici, quelli correlati allo stress lavoro correlato e quelli legati a rischi emergenti.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali, LLGG regionali sulla tubercolosi applicate
Tutte le Aziende Sanitarie: adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi	

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

Anche nel 2019, quindi, saranno sviluppati e mantenuti i sistemi di sorveglianza nella rete della sanità pubblica regionale.

Dovrà essere assicurata l'attività prevista dai programmi di sorveglianza nazionali PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), che supportano la valutazione dei risultati dei programmi di prevenzione e che sono indispensabile strumento per il Piano Prevenzione.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Studi di sorveglianza OKKIO alla Salute e HBSC	Tutte le Aziende: collaborare agli studi di sorveglianza ed alla restituzione dei risultati emersi
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Tutte le Aziende: dare continuità agli studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento

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

Nel 2019 continueranno le attività relative alla c.d. "Cabina di Regia" strumento innovativo istituito nell'ambito dell'Accordo ex articolo 15 della legge 241/1990 stipulato il 19 aprile 2017 tra la regione Friuli Venezia Giulia e l'ISS, con l'obiettivo primario di coordinare tutte le attività sviluppate nell'ambito del suddetto Accordo allo scopo di armonizzare, sotto il coordinamento dell'ISS, i gruppi tecnici già operativi in Regione. Inoltre sarà dato avvio al programma di controllo relativo a tutte le acque destinate al consumo umano utilizzate nel territorio.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione attiva alle attività del “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali “ di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 e della “Cabina di Regia” di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali “ e alla “Cabina di Regia”.
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell’ambito delle imprese alimentari.	Proseguire la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari.
Ogni azienda sanitaria provvede alla nomina di nuovi ispettori Reach/CLP tra il personale che ha partecipato al percorso di formazione/addestramento.	Almeno 3 ispettori per ciascuna azienda sanitaria (comunicazione alla Direzione Centrale Salute)
Ogni Azienda Sanitaria garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	almeno 3 controlli per Azienda

3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2018-2019) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR).

L’obiettivo strategico del programma riguarda aspetti di sorveglianza e azioni di controllo previste dal PRP 2018-2019, in particolare proseguiranno le attività routinarie di sorveglianza delle malattie infettive e le attività di vaccinazione in base al piano vaccinazioni e ai protocolli regionali. Le azioni previste riguarderanno il mantenimento e il miglioramento dei sistemi di sorveglianza e dei metodi di controllo delle malattie infettive (soprattutto attraverso le vaccinazioni).

La formazione degli operatori sanitari, l’informazione e la comunicazione rivolte agli operatori sanitari e alla popolazione dovranno continuare ad essere azioni fondamentali per raggiungere gli obiettivi del PRP.

Proseguiranno inoltre le azioni previste dal Piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	è adottato e applicato un protocollo vaccinale per i volontari ospedalieri per il controllo dell’immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) comprendente altresì misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali.
Garantire l’offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (in particolare l’ herpes zoster negli anziani)	Miglioramento delle coperture vaccinali dell’infanzia e dell’adolescenza: – esavalente – MMR (1^ e 2^ dose) Offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni con l’obiettivo di copertura del 35%
IRCCS Burlo: coordinamento per il completamento PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	IRCCS Burlo: PDTA completato e diffuso alle Aziende Sanitarie
<u>Veterinari</u> implementazione regionale del Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE) (entro il 2019):	Le AAS autorizzano tramite SINF-RE almeno il 90% delle autorizzazione detenzione scorta già autorizzate in cartaceo, autorizzano tramite SINF-

- autorizzazione detenzione scorta - formazione interna per l'utilizzo dell'applicativo SINF-RE - anagrafe ministeriale centralizzata delle strutture PET	RE tutte le nuove autorizzazione detenzione scorta, curano a cascata la formazione interna al fine di adottare l'applicativo SINF-RE, inseriscono ed aggiornano nel SINF-RE le anagrafiche delle strutture veterinarie, strutture di detenzione e colonie feline.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati

3.1.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Il piano triennale per l'integrazione delle persone straniere immigrate 2017-2019, previsto dalla Legge regionale 9 dicembre 2015 n. 31 "Norme per l'integrazione sociale delle persone straniere immigrate" prevede, tra le sue finalità, che, in attuazione della normativa in materia di tutela della salute, la Regione garantisca ai cittadini stranieri presenti sul territorio regionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attività	Report mensile
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci

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

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2019 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 10% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2019 in ogni Azienda
Prosegue l'attività di verifica della presenza/offerta di sale iodato negli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva (Item inserito nella programmazione del Controllo Ufficiale).	La verifica dovrà essere effettuata almeno nel 70% dei controlli svolti sugli esercizi di vendita e nella ristorazione collettiva

3.1.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

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

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

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

Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA. Redigere una procedura condivisa per l'attività di controllo ufficiale	70% degli operatori SIAN formati. Partecipazione di referenti di ogni SIAN alla redazione della procedura condivisa
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale 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 2018	Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione ogni Azienda Sanitaria deve indicare nel proprio PAL il numero di interventi programmati per il 2019 che costituiranno il risultato atteso aziendale: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2019 - il n. audit per settore programmati per il 2019 - n. di campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati - 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 il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2018	Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione ogni Azienda Sanitaria deve indicare nel proprio PAL il n.ro di interventi programmati per il 2018 che costituiranno il risultato atteso aziendale: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2019 - il n. audit per settore programmati per il 2019

	<ul style="list-style-type: none"> - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
Rafforzare gli interventi del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura	<p>Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. Tale relazione dovrà riportare, il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Potenziare la funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31 dicembre 2019
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2019
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate

3.2. ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

Se il “mondo-ospedale” ha un’organizzazione molto ben definibile nelle sue relazioni gerarchiche e nelle conseguenti analisi per processi, il “mondo-territorio” ha per sua natura caratteristiche matriciali, geometrie e modalità di approccio non necessariamente piramidali. Semplificando, il “territorio” (inteso non solo come assistenza primaria ma come “tutto ciò che esula da un ricovero per acuti”) ha due direttrici di azione principali:

- mantenere le persone nel miglior stato di salute possibile, anche attraverso politiche di prevenzione e di promozione della salute,
- mantenere il più a lungo possibile le persone nel loro ambiente di vita abituale creando valide alternative al ricovero ospedaliero attraverso una gestione proattiva, integrata e multiprofessionale della cronicità (tale da intercettare e possibilmente prevenire, limitare, ritardare complicazioni, ricadute, riacutizzazioni - che generano ricoveri spesso evitabili).

Per entrambe le direttrici è imprescindibile lavorare d’iniziativa e non (solo) d’attesa. Entrambe le direttrici presuppongono una forte interazione tra dimensioni clinico-assistenziali e dimensioni socio-assistenziali. Entrambe le direttrici, inoltre, costituiscono l’asse portante dei contenuti del Piano Nazionale della Cronicità (PNC, 15.9.2016), atto di indirizzo governativo che trova la sua declinazione all’interno della programmazione regionale.

Nel corso del 2019, alla luce del riassetto organizzativo e culturale del sistema sanitario regionale, si intende procedere a un’attenta ricognizione dell’esistente, con particolare riferimento all’organizzazione, alle attività distrettuali ed allo stato di realizzazione delle nuove forme organizzative dell’assistenza primaria, anche al fine di garantire un riorientamento in funzione della transizione verso il nuovo assetto di governance.

Nell’ambito dell’integrazione sociosanitaria il processo di innovazione del sistema di welfare si orienta sempre di più verso una maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione e verso un riordino del sistema di offerta, per differenziare e flessibilizzare quanto più possibile la risposta ai bisogni di anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza.

In continuità con il 2018, la Regione intende organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo percorsi di riforma che si propongono di innovare e sviluppare la rete dei servizi a favore delle persone con bisogni afferenti alle aree ad elevata integrazione sociosanitaria e di rafforzare l’integrazione tra i servizi sociali e sanitari, in conformità ai LEA sociosanitari approvati con DPCM 12 gennaio 2017.

3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.2.1.1 Assistenza primaria

Il 31 dicembre 2018 si conclude il triennio di sperimentazione definito dall’Accordo Integrativo Regionale (AIR) della medicina generale di cui alla DGR 39 del 15 gennaio 2016. L’AIR ha previsto in particolare una riorganizzazione dell’assistenza medica primaria, con progressiva trasformazione entro il 31 dicembre 2018 delle forme organizzative preesistenti nelle nuove forme organizzative previste dalla legge di riordino del sistema sanitario regionale: AFT, MGI, CAP, presidi ospedalieri per la salute.

Lo stesso AIR ha anche previsto un percorso basato sulla definizione annuale di obiettivi di salute, di percorsi assistenziali e di monitoraggio degli indicatori di qualità dell’assistenza. A partire dalla DGR 39/2016, si sono succedute altre DGR a recepimento degli obiettivi annualmente definiti in sede di Comitato regionale ex art.24

dell'ACN per la medicina generale; ulteriori atti deliberativi sono spesso intervenuti a ridefinire con modifiche, stralci o integrazioni quegli obiettivi rivelatisi non adeguati in corso d'opera.

Il 2019 sarà un anno di transizione, da dedicare all'attenta valutazione dei risultati ottenuti nel corso del triennio precedente in funzione dell'AIR e verso la definizione di un nuovo AIR (per il triennio 2019-2021) temporalmente coerente con l'avvio della nuova organizzazione del servizio sanitario regionale. Si ritiene pertanto che per il 2019 l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria debba essere valutata senza stravolgimenti e che vadano riaffermate le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle nuove MGI, anche mediante la definizione di obiettivi coerenti con il modello del triennio precedente ma adeguatamente misurabili e verificabili.

Le Aziende attraverso le direzioni distrettuali sono tenute a rispettare le modalità e la tempistica della misurazione e della valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi definita negli AAIIIR.

Al fine di esercitare adeguatamente le proprie funzioni di indirizzo e pianificazione strategica, monitoraggio e controllo, nel 2019 la DCS intende sistematizzare la disponibilità di informazioni necessarie a garantire la propria funzione di governance anche attraverso iniziative finalizzate al monitoraggio dei dati relativi alla realizzazione di quanto previsto in AIR, con particolare riferimento alle connessioni informatiche (presupposto imprescindibile per la dematerializzazione delle prescrizioni di farmaceutica e specialistica e per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico), allo sviluppo delle forme organizzative dell'assistenza primaria e al monitoraggio e alla valutazione delle attività svolte anche relativamente agli obiettivi di salute.

In particolare, un'attenta analisi e valutazione dello stato di realizzazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute (POS) e del loro funzionamento andrà effettuata, soprattutto in considerazione degli obiettivi di struttura che si sono succeduti nel triennio 2016-18 (dalla previsione dell'apertura di almeno 2 CAP per Azienda nel 2016, alla previsione dell'apertura di almeno 4 CAP per Azienda nel 2017, alla previsione dell'apertura di almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti nel 2018). La valutazione presupporrà un'attenta riflessione su finalità, funzioni e compiti, sull'organizzazione – anche in funzione delle diverse caratteristiche geomorfologiche e di densità abitativa che caratterizzano il territorio regionale, sull'armonizzazione delle funzioni erogative monoprofessionali previste a livello di medicina di gruppo integrata rispetto alle previsioni multiprofessionali dei CAP.

Lo sviluppo delle varie forme associative della medicina generale (AFT, MGI, CAP, POS), ha finora riguardato quasi esclusivamente i c.d. medici di assistenza primaria (con rapporto di lavoro regolato in base al numero di scelte in carico). Andrà opportunamente censita e armonizzata l'attività dei medici a rapporto orario (medici di continuità assistenziale, MCA), al fine di un loro progressivo inserimento nelle forme associative – in primis le AFT. La loro attività prevalente (notturna, prefestiva e festiva) non è attualmente regolamentata in maniera univoca a livello regionale. Vanno pertanto censiti e armonizzati eventuali regolamenti aziendali, così come vanno riportate in una logica di sistema e di coerenza su tutto il territorio regionale le tematiche relative alle quote incentivanti collegate a obiettivi. Inoltre, in varie Aziende i MCA sono impiegati – mediante accordi aziendali – in attività diverse (a rapporto orario) da quelle a copertura della continuità assistenziale negli orari e nei giorni non coperti dai medici di assistenza primaria. Il loro impiego nella rete di cure palliative, negli hospice, nelle RSA, nelle strutture intermedie, nell'assistenza ai richiedenti asilo, nella sanità penitenziaria sono esperienze che vanno censite, regolamentate e sistematizzate. In questo ambito andrà valutato anche il possibile impiego di questi professionisti (e se del caso dei medici di emergenza territoriale, MET) in attività di rinforzo presso i PS (quali ad esempio gli "ambulatori codici bianchi"), ma anche per la risposta domiciliare a richieste "non emergenti e non differibili", nell'ambito delle MGI.

Tutte le Aziende dovranno dotare ogni singola sede di continuità assistenziale di idonee postazioni informatiche e mettere tutti i MCA in condizione di garantire la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie necessarie alla continuità delle cure sull'apposito applicativo (messo a disposizione da Insiel e già in uso presso ASUIUD e AAS2).

Nel corso del 2019, a cura della DCS e con il supporto della costituenda ARCS, sarà riattivato il coordinamento di

tutti gli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati al fine di raccogliere i dati necessari alle valutazioni di cui sopra, analizzare criticamente lo stato di realizzazione degli Accordi, avviare un monitoraggio costante delle attività, degli obiettivi e dell'impiego di risorse che derivano da tali Accordi.

Per la definizione dei contenuti professionali che possano portare alla stesura di una piattaforma negoziale di parte pubblica per i futuri accordi, la DCS intende inoltre avvalersi dell'apporto di diversi professionisti, quali ad esempio quelli già coinvolti nel tavolo di coordinamento dei distretti o nel gruppo di lavoro sul piano della cronicità.

È inoltre da tener conto che, nel corso del 2018, acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome, sono state sancite intese sugli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con i medici specialisti ambulatoriali per il triennio 2016-2018 (Rep. Atti n 113/CRS del 21 giugno 2018), ai sensi dell'art.8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Tali intese prevedono che la programmazione regionale finalizzi i rispettivi AAIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nel piano nazionale della cronicità, nel piano nazionale prevenzione vaccinale, nell'accesso improprio al pronto soccorso e nel governo delle liste d'attesa e dell'appropriatezza.

Nel 2018 era previsto nelle linee di indirizzo del SSR anche il recepimento dell'Accordo Collettivo Nazionale del 21.12.2015 per la specialistica ambulatoriale mediante la sottoscrizione di un conseguente AIR, nonché l'estensione dell'Accordo Integrativo Regionale con la Pediatria di libera scelta attraverso la sottoscrizione di un preaccordo, preliminare alle negoziazioni per un AIR. Tali attività verranno riproposte per il 2019, dovendosi tenere opportunamente conto delle previsioni degli AACCN resi attuativi il 21 giugno 2018.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi definiti negli AAIRR 2. Ricognizione dello stato di attuazione dei CAP e dei Presidi ospedalieri per la salute a livello regionale e delle prospettive di orientamento dei servizi finalizzate al miglioramento della presa in carico della cronicità 3. Coordinamento a livello regionale delle attività degli uffici aziendali deputati alla gestione dei rapporti con i professionisti convenzionati 4. Informatizzazione di tutte le sedi aziendali di continuità assistenziale per permettere a tutti i MCA la registrazione informatica delle prestazioni erogate e delle informazioni sanitarie a garanzia della continuità delle cure 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rispetto della tempistica prevista negli AAIRR e rendicontazione relativa alla DCS 2. Mappatura organizzativa e di funzionamento dei CAP aziendali e dei Presidi ospedalieri per la salute (nr. e tipologia del personale dipendente e convenzionato dedicato, orari di apertura, descrizione delle attività svolte e relativi volumi, dotazioni strumentali) e obiettivi raggiunti in termini di follow up o presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Invio di un report al 31.12.2018 entro il 31.03.2019 3. Invio entro il 31.01.2019 di un report annuale al 31.12.2018 sullo stato di attuazione degli Accordi integrativi regionali, secondo un format condiviso con i Servizi aziendali e inviato dalla DCS; invio di analogo report semestrale, entro il 31.07.2019 4. Attivazione di idonee postazioni informatiche presso ciascuna sede aziendale di continuità assistenziale entro il 31.03.2019

3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine

Il PNC definisce con analisi estremamente lucida non solo i macroprocessi di gestione della persona con cronicità (stratificazione e targeting della popolazione; promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; presa in carico e gestione del paziente; erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente; valutazione della qualità delle cure erogate), ma ripositiona anche il paradigma del segmento di cure ospedaliero: *“L’ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l’assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e “dimissioni assistite” nel territorio, finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità...”*

I suoi elementi chiave sono l’aderenza del paziente al percorso di cura personalizzato e dell’operatore sanitario alle evidenze scientifiche e alle linee guida; l’appropriatezza del percorso di cura, delle prestazioni e dei servizi erogati; la promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; la domiciliarizzazione delle cure; l’informazione, l’educazione e l’empowerment del cittadino per creare consapevolezza e co-responsabilizzare la persona nel processo di cura; la formazione e la competenza degli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura.

Il tema del governo della cronicità, della complessità e della fragilità è pertanto prioritario per orientare le scelte di sistema a livello dell’attività distrettuale, considerando che rispetto al momento “ricovero” c’è un “dopo” ma anche un “prima” e spesso un “invece”.

Il PNC utilizza quale paradigma di riferimento l’ormai ben noto Chronic Care Model (versione “extended”). La piramide del CCM è la logica in cui ipoteticamente poter posizionare ogni singola persona, stratificando in base a una complessità/gravità non solo clinica, ma di fragilità e di complessità (anche sociale).

I temi prioritari che il sistema, nella sua organizzazione, deve affrontare sono:

- la ricomposizione della frammentarietà dell’offerta assistenziale, attraverso una revisione dei percorsi e dei flussi del paziente nella logica della continuità;
- la ricomposizione di tutte quelle situazioni di complessità clinica e assistenziale legate alla comorbidità e alla polipatologia, in cui l’applicazione dei PDTA monopatologia non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona.

Nei processi di cura e di assistenza, la necessità che per ogni persona presa in carico sia redatto un PAI/PRI quale risultante di una valutazione multidimensionale in UVD non può essere ridotta a mero atto burocratico ma deve diventare una lettura reale dei bisogni della singola persona e degli obiettivi realistici e sostenibili, elaborata da più punti di vista, professionali e non (necessario considerare il punto di vista dei caregiver e soprattutto dell’assistito). Tali obiettivi personalizzati – piuttosto che il numero e la cadenza delle prestazioni - dovrebbero regolare le attività di tutti (MMG o PLS, infermiere di comunità, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, ogni altra figura di assistenza).

L’auspicabile prossima disponibilità di strumenti informatici di stratificazione della complessità, quali l’ACG, dovrebbero contribuire a una più agevole lettura di questi fenomeni, come insieme e multilivello (regionale, aziendale, distrettuale, di AFT, di singolo medico), anche al fine di consentire attività di benchmark e di audit tra pari.

Va inoltre considerato come la cronicità non sia più da considerare prerogativa quasi esclusiva della popolazione over 65: malattie rare, disabilità e cronicità nelle fasce giovanili sono un nuovo target che va adeguatamente considerato anche nel riposizionamento dell'offerta del SSR.

Nella gestione della cronicità assumono un ruolo importante anche le professioni sanitarie, in quanto la cronicità non richiede solo la prestazione puntuale, ma necessita di una presa in carico globale della persona portatrice della malattia cronica e del care giver.

Sulla scorta di queste considerazioni è necessario lavorare sulla costruzione di team multi professionali che operino con una metodologia di lavoro multidisciplinare e integrata sempre in coerenza con il concetto dell'appropriatezza delle risorse. Il modello infermiere di comunità, di concerto con i MMG, ha ben interpretato questa esigenza nel dare risposte prossimali, globali e continuative ai nostri cittadini. Al MMG (e al PLS, per le situazioni di sua competenza), esperto della complessità dei fenomeni legati alla cronicità, va demandata la gestione clinica della comorbidità, in coerenza con le previsioni del PNC.

Nel corso del 2019 e in previsione del riordino del sistema, a cura di un gruppo di lavoro coordinato dalla DCS, si analizzerà il livello di realizzazione – in ambito regionale – di quanto proposto dal PNC, anche al fine di armonizzare i percorsi all'interno delle diverse reti cliniche, che rischiano di segmentarsi quali silos verticali e che richiedono uno sforzo di ulteriore integrazione soprattutto nelle situazioni di maggior complessità clinica.

Rimandando alcuni temi più specificamente propri dell'integrazione sociosanitaria ai relativi sottocapitoli (quali ad esempio: anziani non autosufficienti, disabilità, autismo, cure palliative e terapia del dolore, salute mentale), si ritiene di prevedere per il 2019 dei momenti di ricognizione, analisi, valutazione e proposta, propedeutici anche al futuro assetto delle attività distrettuali, avvalendosi di diversi tavoli professionali o gruppi di lavoro, alcuni dei quali già attivi, quali il coordinamento delle attività distrettuali, il gruppo tecnico di lavoro a supporto della definizione delle politiche di implementazione del Piano Nazionale della Cronicità, il tavolo regionale della malattia diabetica e altri che si attiveranno a cura della DCS.

Nel corso del 2019 si intende procedere, con il contributo di questi gruppi (che prevedono il coinvolgimento di professionalità provenienti dalle diverse Aziende sanitarie, a supporto degli uffici della DCS), alla ricognizione, all'analisi e all'elaborazione di proposte propedeutiche alle azioni che dovranno caratterizzare l'attività distrettuale in materia di cronicità una volta avviato il nuovo assetto istituzionale regionale. In particolare, si tratta di armonizzare la logica prevalentemente clinica che privilegia la stesura di PDTA per singola patologia con la logica complessa – non solo clinica - delle situazioni multiproblematiche che caratterizzano l'approccio ai fenomeni della cronicità e della fragilità nel mondo reale. Gli strumenti informatici già disponibili a sistema, quelli di prossima disponibilità e quelli di cui il sistema deve rapidamente dotarsi dovranno favorire queste analisi, a supporto delle conseguenti decisioni.

I tavoli e i gruppi di lavoro contribuiranno inoltre a fornire ogni indicazione utile a un maggior coinvolgimento della medicina generale e della pediatria di libera scelta (anche a supporto della definizione degli Accordi regionali) sia nel momento della valutazione e della redazione del PAI sia nell'effettiva presa in carico, laddove lo stesso PNC affida a tali figure professionali la principale responsabilità clinica nel governo della cronicità.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attività nell'area della cronicità in tutte le classi di età	1. Evidenza della partecipazione
2. Istituzione di un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa	2. Report che riporta il censimento dei servizi/attività/PDTA/reti esistenti al

in carico di persone di tutte le età che necessitano di cure a lungo termine	31.12.2018 in relazione al Piano nazionale della cronicità, entro il 30.06.2019
--	---

3.2.1.2.1 Diabete mellito

Nel corso del 2019 verrà monitorato e valutato lo stato di attuazione dei due più recenti atti di programmazione regionale in tema di malattia diabetica, la DGR 1626 del 28 agosto 2015 “Recepimento piano nazionale sulla malattia diabetica ed approvazione atti di indirizzo regionali sull’assistenza alle persone con diabete” e la DGR 1572 del 22 agosto 2017 “Linee di indirizzo regionali per la gestione dell’iperglicemia e del diabete in ospedale”.

Nel riproporre alcune considerazioni contenute nella prima delle due DGR sulle criticità (inadeguatezza dei programmi di cura per il diabete mellito generalmente ascrivibile a sistemi di erogazione progettati e organizzati per la cura delle malattie in fase acuta, frammentazione dell’erogazione dei servizi, fragilità dei sistemi di coordinamento, insufficiente capacità di trasmettere informazioni e di sostenere i pazienti nella modifica dei cambiamenti) e sulle auspicabili soluzioni (necessità di stretta collaborazione tra medici specialisti e MMG/PLS, interventi coordinati, percorsi assistenziali predefiniti, costituzione di team multi-professionali, continuità delle cure, informazione ed educazione dei pazienti all’autogestione, sistemi di raccolta dati su percorsi ed esiti), si riconferma la necessità di adottare un modello organizzativo a “rete” tra servizi specialistici (ospedalieri e territoriali) e operatori territoriali (MMG/PLS, infermiere dei servizi territoriali/di comunità, dietista, farmacista, volontari).

In particolare, pur riconfermando l’importanza di adeguate cure ospedaliere in occasione di ricovero per acuzie, secondo i contenuti della DGR 1572 (“...nei Presidi Ospedalieri Hub di secondo livello ... è necessario garantire la presenza di un team diabetologico ospedaliero adeguatamente strutturato...”), la strutturazione organizzativa che prevede l’organizzazione di servizi specialistici ospedalieri e/o territoriali (servizio di diabetologia/ambulatorio di diabetologia), non può avvenire a discapito di questi ultimi, date le caratteristiche di cronicità e della storia clinica della patologia, che riguarda tutta la durata della vita delle persone, ben al di là del momento incidente di un ricovero per acuti. Andrà pertanto effettuata una mappatura dell’attuale offerta diabetologica regionale, al fine di armonizzarla su tutto l’ambito territoriale regionale, secondo logiche di rete, anche in previsione del riordino del sistema.

Si ribadisce inoltre la necessità di organizzare tavoli di audit clinico in ambito distrettuale, con particolare riferimento al livello di AFT, proseguendo la positiva esperienza avviata negli ultimi anni in applicazione dell’Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Tali momenti di audit potranno anche riguardare una più precisa identificazione – condivisa in ambito di AFT tra direzioni di distretto e MMG – delle persone da includere nel monitoraggio (perché non note a sistema ma diagnosticate dal MMG) e di quelle da escludere (in quanto non diabetiche, contrariamente a quanto risultante dai dati di natura amministrativa, oppure in quanto non sottoponibili al follow up previsto a causa di condizioni critiche o scarsa aspettativa di vita), al fine di predefinire e concordare il denominatore di popolazione su cui verranno effettuate le successive valutazioni.

Andrà infine verificata, sia attraverso un’analisi dei dati, sia attraverso momenti di audit tra pari (anche in AFT), la congruenza nella pratica reale dei criteri di priorità U, B, D, P previsti nel PDTA della DGR 1626.

Vista l’importanza del coinvolgimento attivo, della responsabilizzazione e dell’educazione terapeutica del paziente diabetico per il controllo della malattia, un sottogruppo del tavolo tecnico regionale sta revisionando il documento “Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico” approvato con DGR 1588/2008. Appena approvato verrà messo a disposizione delle Aziende per la sua applicazione.

<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento. Invio in DCS di un report finale.</p>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>3. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione e formalizzazione della Rete regionale per il piede diabetico.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Mappatura dell'offerta diabetologica aziendale dedicata al piede diabetico con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>4. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, al fine di armonizzare l'offerta su tutto il territorio regionale.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Mappatura dell'offerta diabetologica pediatrica aziendale con evidenza delle criticità. Invio del report entro ottobre 2019.</p>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>5. Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Invio del report relativo entro ottobre 2019.</p>

3.2.1.2.2 Scenpense cardiaco

Nel 2017 è stato approvato con decreto del direttore dell'Area Servizi Assistenza Primaria n. 2006/SPS di data 22/12/2017 il documento "Percorsi assistenziali per i medici di medicina generale ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia: lo scenpense cardiaco" il quale fornisce indicazioni di carattere generale che devono essere rese coerenti con la rete di patologia per l'insufficienza cardiaca cronica, prevista dalla legge 17/2014 che deve necessariamente trovare una contestualizzazione in ambito aziendale e descrivere la gestione complessiva, territoriale ed ospedaliera, orientate alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico, secondo il CCM Extended e il PNC.

<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scenpense cardiaco</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione dei soggetti con SC in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)</p>
---	--

3.2.1.2.3 BPCO

Nel 2016 è stato approvato con decreto del direttore dell'Area Servizi Assistenza Primaria n. 1780/SPS di data 28/12/2016 il documento "Percorsi assistenziali per i medici di medicina generale ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia: la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)", il quale fornisce indicazioni di carattere generale che devono essere rese coerenti con la rete di patologia per la BPCO, prevista dalla legge 14/2017 e che devono necessariamente trovare una contestualizzazione in ambito aziendale e descrivere la gestione complessiva, territoriale e ospedaliera, orientate alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico, secondo il CCM extended e il PNC.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none">1. Partecipazione dei referenti aziendali al gruppo tecnico per la condivisione e l'eventuale revisione del documento regionale propedeutico all'attivazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO coerente con i contenuti del documento stesso2. Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione della BPCO	<ol style="list-style-type: none">1. Evidenza della partecipazione2. Evidenza dei servizi e dei percorsi relativi alla presa in carico e alla gestione della BPCO in tutti i setting di cura (domicilio – assistenza primaria – assistenza distrettuale – ospedale per acuti)

3.2.1.2.4 Sindromi dementigene

Nel 2019 tutte le AAS/ASUI partecipano a un tavolo di lavoro finalizzato all'attuazione del "*Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014), secondo le indicazioni e i programmi che verranno definiti dalla DCS. A tal fine, la DCS, con il concorso delle Aziende, individuerà i referenti clinici sulla tematica, che parteciperanno all'attività di mappatura degli interventi in essere e all'avvio di un percorso di programmazione finalizzato alla definizione di una rete regionale.

3.2.1.3 Riabilitazione

Nell'anno 2019 è previsto l'inizio delle attività che porterà al Piano Regionale della Riabilitazione. Questo richiederà la partecipazione di tutte le Aziende a un gruppo di lavoro regionale.

Con la DGR n. 817/2017 è stata approvata l'organizzazione della rete delle malattie neuromuscolari e della sclerosi laterale amiotrofica; alle Aziende Sanitarie è richiesto di consolidare la rete per le malattie neuromuscolari.

Con decreto n. 632/2017 del direttore centrale salute è stata attivata la Consulta con le associazioni dei familiari di cui all'Accordo CSR Rep. n. 44 del 5/5/2011; nel 2019 proseguono i lavori della Consulta con la partecipazione dei rappresentanti delle Aziende Sanitarie.

Nel 2018, ad ora, sono stati attivati in quasi tutte le Aziende, con eccezione di AAS3, i gruppi integrati neuromuscolari (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza. Inoltre è stato approvato il percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, di seguito PDTA, per le persone con sclerosi multipla nella Regione Friuli Venezia Giulia (DGR n. 11/2018), con la conseguente attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla. Sono infine proseguiti i lavori per la redazione del PDTA regionale per la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Nel 2019 verranno attivati i GIN in ogni Azienda e proseguiranno i lavori di formazione e monitoraggio del PDTA sulla sclerosi multipla e inizieranno i lavori di attivazione del PDTA sulla SLA.

I PDTA riabilitativi attualmente presenti in regione saranno integrati con i PDTA della riabilitazione oncologica.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione. 2. Monitoraggio attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN) 3. Organizzazione evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla 4. Approvazione PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA 5. Individuazione professionisti delle AAS, ASUI e IRCSS per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione. 2. Ogni AAS e ASUI invia una reportistica sulle attività dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN) 3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla 4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio 5. Messa a disposizione dei professionisti e partecipazione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul PDTA riabilitazione oncologica

3.2.1.4 Assistenza Protesica

Con decreto 14/9/2017, n. 1211 è stato costituito un gruppo tecnico regionale con funzioni di indirizzo e coordinamento per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per l'attuazione delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica previste dai nuovi livelli essenziali di assistenza DPCM 12/01/2017. Alle Aziende Sanitarie sono richieste la messa a disposizione dei professionisti esperti per la partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati all'attivazione dei nuovi percorsi di assistenza protesica e per la collaborazione alle attività formative per la diffusione delle nuove linee guida regionali.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuazione dei lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica e attivazione dei percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali

3.2.1.5 Superamento della contenzione

Con la D.G.R. n. 1904/2016 è stata approvata una raccomandazione per il superamento della contenzione con la finalità di fornire indicazioni per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita. Nel 2017 gli enti del SSR hanno adottato gli atti volti all'attuazione di quanto previsto dalla raccomandazione per

il superamento della contenzione (DGR 1904/2016) e costituito le commissioni tecniche aziendali multi-professionale e multi-disciplinare per il monitoraggio del fenomeno della contenzione.

Nel 2018 è stata avviata l'attività di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e tale attività di monitoraggio del fenomeno proseguirà anche nel 2019.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Invio di un report di monitoraggio al 31.12.2019 del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

3.2.2 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

Il processo di innovazione del sistema di welfare si orienta sempre di più verso una maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione e verso un riordino del sistema di offerta, per differenziare e flessibilizzare quanto più possibile la risposta ai bisogni di anziani, disabili, minori, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza.

In continuità con il 2018 la Regione intende organizzare la propria attività di programmazione, al fine di garantire uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale in tutte le fasi del progetto di assistenza alla persona, definendo percorsi di riforma, che si propongono di innovare e sviluppare la rete dei servizi a favore delle persone con bisogni afferenti alle aree ad elevata integrazione sociosanitaria e di rafforzare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, in conformità ai LEA sociosanitari approvati con DPCM 12 gennaio 2017.

3.3.2.1 Anziani non autosufficienza

Proseguono anche nel 2019 i processi di innovazione già iniziati nel 2018 e che hanno quale obiettivo il consolidamento di un importante processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza da questi fornita. Con il processo di riqualificazione si intende portare la persona anziana e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi e di realizzare una strategia incentrata sulla personalizzazione del processo di cura, da attuare attraverso le azioni di seguito illustrate.

3.3.2.1.1 Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti

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

3.3.2.1.2 Sistema di VMD Val.Graf.-FVG e procedure di accesso nelle residenze per anziani convenzionate

In continuità l'anno 2018, tutte le Aziende provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale secondo le disposizioni normative vigenti.

Inoltre, al fine di garantire maggior equità e ridurre i margini di discrezionalità di trattamento per gli accessi ai posti letto convenzionati in strutture residenziali per anziani, ogni Azienda definisce, sulla base degli indirizzi che verranno

forniti dalla Regione e nel rispetto delle specificità presenti a livello locale, procedure uniformi e condivise a livello territoriale per l'ingresso nelle strutture residenziali convenzionate.

3.3.2.1.3 Sistema di finanziamento

Nelle more della definizione del nuovo sistema di finanziamento, che recepirà le disposizioni previste in tema di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), concorrono alla composizione del valore economico delle prestazioni LEA, i contributi regionali attualmente finalizzati all'abbattimento della retta di accoglienza, congiuntamente agli oneri sanitari attualmente riconosciuti attraverso le convenzioni stipulate con gli enti gestori.

Per l'anno 2019, tutte le Aziende continuano a riconoscere i suddetti finanziamenti nella misura prevista dalle vigenti disposizioni regionali.

Le Aziende, inoltre, concludono il percorso avviato nel 2018 per l'assegnazione dei posti letto convenzionabili aggiuntivi, attribuiti a ciascuna Azienda con DGR n. 1828 del 05/10/2018, secondo le procedure e modalità ivi indicate.

Per l'attribuzione della quota di abbattimento retta relativa ai posti letto aggiuntivi, hanno diritto di prelazione le persone in condizione di non autosufficienza che, alla data della stipula della convezione, risultano essere già ospiti della Residenza. Il beneficio andrà riconosciuto agli utenti seguendo l'ordine cronologico di ingresso nella Residenza, con priorità per le persone accolte da più tempo, fino all'esaurimento dei posti.

La condizione di non autosufficienza deve essere certificata dal Distretto tramite il sistema di VMD Val.Graf.-FVG. Le persone la cui valutazione risale a un periodo superiore a sei mesi, dovranno essere necessariamente rivalutate dal Distretto stesso. Qualora l'utente dovesse risultare autosufficiente non avrà diritto alla quota di abbattimento della retta.

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

Tutte le Aziende proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2019, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

3.3.2.1.5 Flussi e sistemi informativi

In continuità con quanto previsto per l'anno 2018, le Aziende monitorano, verificano ed eventualmente sollecitano l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG. Per l'anno 2019, tutte le Aziende provvedono inoltre ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalla Regione stessa.

3.3.2.1.6 Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"

Tutte le Aziende sostengono e incentivano lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017, attivate nel proprio territorio aziendale.

3.2.2.1.7 Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso

Nel 2019 tutte le AAS e ASUI adotteranno il regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa" e proseguiranno nel monitoraggio del servizio di telesoccorso. I distretti delle AAS e ASUI individuati nel 2018 proseguiranno la sperimentazione di screening per la conduzione di *un programma – intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità,*

denominato PRISMA 7. Il programma verrà esteso a tutto il territorio regionale per cui tutte le AAS e ASUI parteciperanno attivamente alla rilevazione.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Adozione del regolamento regionale relativo all'attivazione e gestione del servizio di presa in carico di tele assistenza domiciliare "sicuri a casa"	1. Il regolamento è adottato con atto formale entro il 31.12.2019
2. Sperimentazione Progetto PRISMA 7	2. I distretti individuati nel 2018 proseguono le attività previste dal protocollo in uso
3. Estensione del progetto PRISMA 7 a tutte le AAS e ASUI della regione	3. Evidenza della rilevazione sugli abitanti >75 dei distretti

3.2.2.2 Disabilità

Si prosegue nel percorso intrapreso nel 2018 di riforma del settore della disabilità attraverso scelte strategiche di programmazione, che siano in linea con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali.

Si promuove inoltre un percorso di maggiore responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali, con una particolare attenzione soprattutto al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva.

Al fine di supportare il processo di riforma del settore della disabilità, si rende indispensabile:

- completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario), già avviata nel 2017 e proseguita nel 2018, per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96.

In particolare, per l'anno 2019, le AAS e ASUI provvedono:

- alla valutazione per gli aspetti sanitari degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità non ancora valutati negli anni scorsi secondo le modalità approvate dalla Regione.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali	1. Raggiungere almeno il 70% dell'utenza in carico che è stata valutata (anche tenendo conto delle valutazioni già effettuate negli anni precedenti)

3.2.2.2.1 Fondo gravissimi

In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009, tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.

3.2.2.2.2 Fondo SLA

Secondo quanto previsto dal regolamento emanato con DGR 1692/2002, per l'anno 2018 tutte le AAS e ASUI provvedono a continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017

3.2.2.3 Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità

Nelle more della revisione del sistema di regolamentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità, tutte le AAS e ASUI proseguono le attività di vigilanza e controllo dei servizi succitati. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità. Per l'anno 2018, le AAS e ASUI devono effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

3.2.2.4 Dopo di noi

Al fine di garantire gli interventi previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", per l'anno 2019 le Aziende titolari dei servizi in delega per la disabilità, provvedono a collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo 2018.

3.2.2.5 Autismo

Nel 2018 è stato costituito il Tavolo tecnico regionale sull'autismo in età adulta che, in coerenza con i contenuti della Legge 134/2015 e con gli indirizzi nazionali e regionali di programmazione strategica sanitaria e sociosanitaria, continuerà i lavori finalizzati alla stesura di "Linee di indirizzo regionali sui disturbi dello spettro autistico in età adulta", e al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.

Il livello regionale procederà, attraverso la collaborazione dei referenti delle Aziende, al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	1. Evidenza della partecipazione

3.2.2.3 Minori

L'amministrazione regionale prosegue anche nel 2019 nella definizione di percorsi che garantiscano ai minori con problematiche sociali e sociosanitarie, che richiedono l'allontanamento dalla famiglia di origine, percorsi di presa in carico in grado di rispondere, anche attraverso l'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali, a bisogni diversificati in base alla complessità e gravità clinica, all'intensità assistenziale richiesta e alle diverse fasi evolutive dei minori stessi. Questa esigenza trova conferma a livello nazionale nell'Accordo tra Stato e Regioni in merito agli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza del 13 novembre 2014, nelle Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni del dicembre 2016 e nelle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità attualmente in fase di definizione.

A livello regionale la Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia nel corso degli ultimi anni ha avviato un percorso di revisione della regolamentazione vigente e si è posta quale obiettivo la riduzione del numero dei minori inseriti in comunità e la diminuzione dei tempi di permanenza dei minori in comunità.

Ciò premesso, per l'anno 2019, tutte le AAS e ASUI collaborano alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo relative ai percorsi di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali dei minori e alla gestione delle procedure di autorizzazione delle stesse, definite dai regolamenti regionali.

Il risultato atteso di questo processo per ciascuna Azienda è il seguente:

- attuazione delle procedure previste per la riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori;
- Garantire una appropriata partecipazione alle equipe integrate per la valutazione dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali, in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio.
- Favorire il rientro dei minori accolti in comunità fuori regione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Supporto al processo di riclassificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali; 2. Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali 3. Ridurre il numero dei minori inviati fuori regione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutte le strutture per minori già operanti nel territorio aziendale sono riclassificate 2. Esistenza di un protocollo territoriale coerente con le linee regionali sulla presa in carico integrata dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali, che ne definisca modalità e tempi 3. Evidenza della riduzione del numero di invii fuori regione

3.2.2.4 Salute mentale

Per quanto riguarda l'età adulta nel 2018 le Aziende hanno avviato l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta 2018-2020, attraverso i seguenti interventi:

- iniziative per l'integrazione tra cure primarie e specialistiche e relativi percorsi di cura, con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni;
- formalizzazione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure, che specifichi, altresì, le modalità di interazione e trasmissione dei dati e delle informazioni.
- Partecipazione all'attività di supporto nell'ambito dell'impiego dei BIS, finalizzate, in relazione al Capitolato unico regionale per la coprogettazione e cogestione di PTRI in partenariato con gli Enti del Terzo Settore, a sostenere e orientare l'impiego dello strumento, in relazione alle finalità individuate, con particolare riferimento alla personalizzazione, alla domiciliarità degli interventi e alla costruzione di opportunità di inclusione sociolavorativa.

In particolare sono stati realizzati nel 2018, 5 incontri (Tavolo Tecnico Regionale) con gli operatori dei DSM individuati dalle Aziende Sanitarie al fine di monitorare e avviare processi valutativi congiunti a livello regionale finalizzati al miglioramento degli interventi in essere anche attraverso la raccolta e condivisione dei diversi strumenti a supporto della presa in carico e dei percorsi terapeutico riabilitativi attualmente in uso presso i Servizi. A livello gestionale e a completezza dell'attività di ricognizione dell'utilizzo dello strumento è stato realizzato in ciascun DSM un ulteriore incontro di verifica di un singolo PTRI con BIS, per meglio evidenziare le eventuali criticità nell'impiego della metodologia, sia a livello tecnico professionale che a livello amministrativo.

Ciò ha permesso di individuare un unico strumento regionale integrato a supporto del percorso assistenziale complessivo (scheda di processo con guida alla compilazione), disegnare un'attività di carattere valutativo in relazione agli esiti dei PTRI con BIS e progettare un'attività formativa partecipata. Tali interventi e l'adozione della scheda individuata che confluirà nel sistema informativo unico per i DSM, si realizzeranno nel 2019.

Nel 2019 al fine di dare seguito all'attuazione del PANSM la Direzione costituirà un coordinamento tecnico con il compito di redigere linee di indirizzo sull'integrazione tra cure primarie e servizi di salute mentale, individuare strumenti di lavoro per la comune collaborazione, raccolta di buone pratiche, promozione di attività di formazione congiunta, anche con riferimento all'uso delle linee guida dell'OMS (mhGAP -IG).

Saranno inoltre avviati i lavori finalizzati al miglioramento dell'assistenza delle persone con comorbidità con abuso di sostanze.

Nell'ambito delle emergenze psichiatriche si avvieranno i lavori interistituzionali per lo sviluppo di modelli innovativi di collaborazione nelle situazioni di crisi.

Quale obiettivo strategico di sistema è previsto il coordinamento delle attività per lo sviluppo del nuovo gestionale informativo per la salute mentale e l'implementazione dello stesso, previa sperimentazione pilota in un'Azienda da identificare per l'età adulta e per l'età evolutiva.

Per quanto riguarda la salute mentale in età evolutiva nel 2019 si proseguirà con all'attuazione di quanto previsto dal Piano di settore. In particolare nel corso del 2019 verrà predisposto un percorso per la fase di transizione dall'età evolutiva all'età adulta.

Le Aziende predispongono un percorso aziendale, codificato e concordato con le varie strutture coinvolte, per i disturbi psichici gravi all'esordio e per le acuzie psichiatriche in adolescenza, secondo le indicazioni del Piano salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta (DGR 732/2018) (indicatore: evidenza documentale). Anche nel 2019 a livello regionale verranno dedicate delle risorse finanziarie per l'applicazione dello strumento dei BIS anche nei progetti per la salute mentale in età evolutiva.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi
2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 del percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
3. Utilizzo dello strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'età evolutiva	3. Invio in Direzione entro il 31.12.2019 di un report con l'evidenza di programmi attivati presso ogni NPIA e/o Distretto
4. Miglioramento e valutazione dell'impiego della metodologia del BIS nei DSM (età adulta), nell'ambito del Capitolato unico Regionale per la cogestione e coprogettazione di BIS con gli Enti del Terzo Settore	4. Partecipazione ai Tavoli Tecnici Regionali e all'attività formativa prevista, degli operatori già individuati dai DSM, avvio attività di valutazione degli esiti con individuazione del profilo di salute dei beneficiari dei PTRI con BIS,
5. Condivisione tra i diversi DSM regionali delle attività relative al percorso terapeutico e riabilitativo delle persone in contatto con i Servizi, in una prospettiva di massima personalizzazione degli interventi e	5. Adozione dello strumento unico regionale a supporto del percorso terapeutico abilitativo personalizzato (di prossima informatizzazione).

sviluppo di empowerment da parte dei destinatari degli stessi	
---	--

3.2.2.5 Disturbi del comportamento alimentare

Nel corso del 2018 sono proseguite gli interventi per il consolidamento della rete assistenziale per i disturbi del comportamento alimentare, di cui alla DGR 668/2017, sostenuti da appositi stanziamenti di risorse. In particolare le Aziende hanno provveduto alla messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di un'equipe funzionale e all'operatività di tre Centri Diurni a livello regionale. L'attività semiresidenziale che, tra l'altro, riveste una valenza strategica nell'ottica di facilitare la presa in carico vicino al luogo di residenza e ridurre le fughe extraregionali, ha presentato difficoltà di attuazione.

Nel corso del 2019 è quindi prevista l'entrata a regime delle attività nei tre centri Diurni per adulti e minori e in coerenza con la DGR 668/2017, l'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e l'ASUI UD per gli adulti garantiranno la funzione di Osservatorio epidemiologico per i DCA.

(Indicatore: identificazione referente, individuazione equipe funzionale, evidenza di volumi di attività per adulti e minori).

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda (invio alla DC di un report con identificazione del referente, individuazione dell'equipe funzionale ed evidenza di volumi di attività per adulti e minori
2. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	2. Reportistica inviata in DC da parte di Burlo Garofolo per i minori e di ASUIUD per gli adulti

3.2.2.6 Cure palliative e terapia del dolore

Nel 2018 le Aziende hanno proseguito l'implementazione di quanto contenuto nella DGR 165/2016 con alcune criticità che riguardano l'acquisizione di personale e le difficoltà connesse ai sistemi informativi. In particolare, nell'ambito della terapia antalgica in età adulta si sono evidenziate delle criticità nell'istituzione della reperibilità algologica h 24 per i centri Hub e nel recepimento dei criteri di priorità per visita algologica, con conseguente monitoraggio dei tempi di attesa.

Nel 2019, al fine di completare l'attuazione alla rete regionale delle cure palliative e terapia del dolore (DGR 165/2016) a tutti gli enti del SSR è richiesto di continuare l'attività di formazione in materia con le modalità individuate nel progetto formativo regionale.

È prevista, altresì, la prosecuzione degli obiettivi di miglioramento dell'attività delle cure palliative attraverso la previsione dell'assistenza da garantire h 24, l'adozione di criteri di accesso e il rispetto di tempistiche e modalità di presa per la presa in carico. Per quanto riguarda la terapia del dolore anche nel 2019 è richiesto agli Enti del SSR l'adozione di criteri di priorità condivisi a livello regionale e l'implementazione di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniformi su tutto il territorio regionale; sarà posta, altresì, l'attenzione sui tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore e alla istituzione della reperibilità h 24 da parte dei centri Hub.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Consolidamento dell'ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)	1. Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7 (con pronta disponibilità notturna) in ogni AAS e ASUI con evidenza dell'organizzazione e dell'attività svolta mediante relazione semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
2. Revisione dei criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale	2. Partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione
3. Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	3. Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020
4. Miglioramento delle modalità di presa in carico del paziente in cure palliative, in coerenza con le indicazioni della DGR 165/2016. Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale	4. Partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati
5. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	5. Uguale o superiore al 75%
6. Criteri di priorità della visita algologica	6. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano i criteri di priorità della prima visita algologica, garantendone la fruibilità agli utenti tramite link al CUP centralizzato Regionale
7. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018	7. Tutte le AAS e ASUI/IRCCS adottano le codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 entro il primo semestre 2019
8. Rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore	8. Le AAS e ASUI/IRCCS garantiscono il rispetto dei tempi di attesa per prima visita algologica ambulatoriale con priorità B e D in almeno il 75% dei casi, a partire dal secondo semestre 2019
9. Attivazione della reperibilità algologica h 24 – 7 giorni su 7 o di analogo modello organizzativo centralizzato su base regionale nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub	9. Viene implementata la reperibilità algologica h 24 - 7 giorni su 7 per i centri Hub o con modello organizzativo centralizzato su base regionale

3.2.2.7 Consultori familiari

Nel 2018 le Aziende hanno sviluppato percorsi nell'ambito della gravidanza fisiologica e di accompagnamento nel puerperio, in coerenza con la DGR 723/2018.

Nel 2019 alle Aziende è richiesto di predisporre un percorso aziendale per favorire la continuità dell'assistenza alla puerpera, per promuovere e sostenere l'allattamento al seno e supportare l'accudimento del neonato.

Ai Consultori è richiesto di incentivare i programmi di offerta della visita domiciliare in puerperio, prioritariamente per le gravidanze a rischio psicosociale. Nell'ambito dell'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita, in collaborazione con i Punti nascita, i Consultori sviluppano, inoltre, i temi relativi alla donazione del cordone ombelicale e al ruolo delle vaccinazioni infantili.

Anche nel 2019 i servizi sono chiamati a implementare iniziative per la donna in età post-fertile.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	1. Evidenza dell'attivazione del percorso
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende, anche al di fuori di situazioni di fragilità	2. Report con n. tot. visite domiciliari in puerperio/parti (specificando il nr. delle visite in situazioni di fragilità)
3. Promozione del tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita	3. Evidenza di materiale che attesti la presentazione dei temi (locandine corsi, etc..)
4. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	4. Evidenza documentale del percorso aziendale
5. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e i neonati esposti	5. Definizione di protocolli aziendali di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in età precoce e i neonati esposti

Adozioni - Nel 2019, a seguito della sottoscrizione del Protocollo regionale per l'adozione nazionale e internazionale in FVG con allegata Linee Guida, è stato formalizzato l'avvio di un Tavolo di lavoro inter-istituzionale, che coinvolge referenti delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria dei Consultori familiari, gli Enti autorizzati all'adozione internazionale, il Tribunale per i Minorenni e l'Ufficio Scolastico Regionale, per l'applicazione delle citate Linee Guida. In tal modo si intende avviare un importante lavoro di rete in tutto il territorio regionale, inerente alla tematica adottiva. Il Tavolo avrà il compito di affrontare il monitoraggio e la valutazione dell'iter adottivo, comprendendo un'analisi delle situazioni adottive più critiche, al fine di favorire la riflessione *in itinere* ed *ex post*, e potrà farsi anche promotore di iniziative di approfondimento, studio, confronto e interlocuzione con organismi e soggetti istituzionali preposti alla tutela dei minori, sia pubblici che privati, a livello nazionale ed internazionale.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale	1. Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali
2. Implementazione, in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA., la Scuola e il Tribunale per i Minorenni	2. Evidenza di attivazione attraverso report con dati relativi all'anno 2019
3. Analisi e implementazione dei processi di monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità	3. Evidenza dei processi di monitoraggio e valutazione attraverso report e dati relativi all'anno 2019
4. Analisi della casistica di fallimento adottivo	4. Report sulla tematica dei fallimenti adottivi esito del percorso aziendale e regionale

3.2.2.8 Sanità penitenziaria

Nel corso del 2019 proseguiranno gli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria, al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza.

A livello regionale verranno trattati i temi del miglioramento della documentazione sanitaria dei detenuti, dei percorsi clinici con attenzione ai percorsi di ospedalizzazione, dello sviluppo di progettualità innovative di telemedicina, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure. Nel 2019 sono, altresì, previsti 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, uscendo dall'argomento del rischio suicidario e portando l'attenzione sulla gestione di detenuti con bisogni sanitari complessi. A livello regionale sarà data rilevanza alla fattibilità di percorsi formativi per il miglioramento delle competenze del medico di sanità penitenziaria.

Nel corso del 2018 sono stati attuati i piani locali di prevenzione del suicidio in carcere e nel 2019 è programmato il monitoraggio di detti Piani.

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none">1. Realizzazione di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, portando l'attenzione sulla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.2. Sviluppo della telemedicina in carcere3. Miglioramento della presa in carico di detenuti con bisogni complessi legati alla salute mentale e alle dipendenze, attraverso la partecipazione congiunta del medico e infermiere di sanità penitenziaria, dei DSM e dei servizi delle dipendenze.	<ol style="list-style-type: none">1. Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2019 (indicazione del personale formato e verifica della soddisfazione dei partecipanti)2. Almeno n. 1 progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti (descrizione del progetto e indicazione degli interventi effettuati al 31.12.2019)3. Intervento organizzativo individuato per la presa in carico dei detenuti con bisogni complessi (descrizione dell'intervento e rilevazione dei casi presi in carico al 31.12.2019)

3.2.2.9 Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Presa in carico delle persone internate in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di residenza	1. Predisposizione e invio all'autorità giudiziaria competente, entro 45 giorni dalla data di ingresso delle persone in REMS, dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS

3.2.2.10 Dipendenze

Nel 2019 il settore dell'assistenza terapeutico-riabilitativa delle dipendenze sarà interessato dal completamento del passaggio al sistema dell'autorizzazione/accreditamento/accordi contrattuali previsto dal DLGS 502/1992 e disciplinato dalla legge regionale 17/2014. Con deliberazione della Giunta regionale si è infatti provveduto a determinare il fabbisogno complessivo di posti letto e le tariffe da applicare alle prestazioni oggetto degli accordi contrattuali previsti dall'articolo 50 della citata legge regionale, onde consentire alle Aziende sanitarie di addivenire a tali accordi con le strutture private a conclusione del processo di accreditamento in atto.

In considerazione dell'evoluzione dei bisogni assistenziali dell'utenza e della riqualificazione operata nell'erogazione del servizio da parte delle strutture private in vista dell'accREDITAMENTO, per il periodo di transizione al nuovo sistema, la DGR ha anche provveduto ad aggiornare la retta giornaliera "Terapeutico-riabilitativa" in regime residenziale per l'assistenza erogata alle persone con dipendenza patologica da parte delle strutture private operanti in regime di convenzione sulla base dell'autorizzazione provvisoria.

Entro tale quadro di riassetto e riqualificazione dei servizi, nel riconoscimento dell'importanza del trattamento riabilitativo residenziale nel territorio di residenza dell'utente, necessario al mantenimento delle relazioni personali e socio-familiari educativamente e socialmente significative, è richiesto alle Aziende di adottare, tra i criteri di priorità di ammissione e compilazione delle liste di attesa, il criterio che vede l'utente indirizzato, in via prioritaria, presso le strutture terapeutiche presenti sul territorio dell'Azienda ove la persona ha la propria residenza, a meno che, per motivi legati alla miglior soddisfazione del bisogno manifestato dalla persona, non si renda necessario rivolgersi a enti extraregionali.

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

- la promozione degli spazi di confronto tra servizi e terzo settore sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento disponibili, per supportare la rete di cura rivolta a persone con problemi di disturbo da abuso di alcol;
- le risposte al problema emergente del disturbo da gioco d'azzardo di cui al Piano operativo regionale gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017, attivando un sistema trasversale di accoglienza, informazione e orientamento per la prevenzione e la gestione della problematica delle dipendenze comportamentali, anche in collaborazione con i servizi e gli enti territoriali a ciò deputati;
- l'incremento dell'offerta del testing, in coerenza con il Piano regionale prevenzione 2018 – 2019, per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, TBC e le altre malattie sessualmente trasmissibili;

Allo scopo di sostenere il monitoraggio delle azioni messe in campo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, i Servizi per le dipendenze collaboreranno con l'Osservatorio regionale per le dipendenze al fine di consolidare l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome, monitorando in modo particolare l'accesso ai servizi degli adolescenti e dei giovani (under 25 anni).

Nell'ambito degli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale, va avviata una sperimentazione sull'efficacia dell'utilizzo del budget personale (Il comma 2 dell'articolo 24 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17) e un monitoraggio con i servizi per le dipendenze.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze 2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici 3. Realizzazione di una sperimentazione dell'uso del budget personale. 4. Diffusione dell'offerta di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti negli utenti che afferiscono ai Servizi per le dipendenze 5. Ridurre di almeno il 10% le persone inviate nelle strutture residenziali extraregionali 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze 1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio 1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017 1.4 Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale 1.5 Report con l'esito di 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza, quali drop-out e follow - up 1.6 Report rispetto ai soggetti under 25 anni afferenti ai servizi rispetto quantità e problematiche all'accesso 2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette 3. Report su sperimentazione budget personale 4. Almeno il 70% di testati sui testabili 5. Relazione sul numero di invii nelle strutture per la terapia riabilitativa della dipendenza, con evidenza del dettaglio delle strutture di invio e motivazione espressa per gli invii fuori regione.

3.2.2.11 La Cooperazione Sociale: sinergie.

In coerenza con la recente riforma del Terzo settore e con il conseguente percorso di trasformazione sociale, nell'ottica dell'innovazione e della promozione del benessere e dello sviluppo sostenibile della comunità locale, la Regione prosegue il sostegno alla cooperazione sociale attraverso interventi di incentivazione sia nella forma di contributi ad attività, investimenti o iniziative progettuali realizzate da enti iscritti all'Albo delle cooperative sociali, sia mediante il finanziamento delle convenzioni stipulate dagli enti pubblici con tali cooperative per la realizzazione di progetti relativi a prestazioni di servizi che prevedono l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Nel territorio regionale la cooperazione sociale è presente in diversi servizi, alcuni dei quali indispensabili al funzionamento delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali. Attraverso diverse modalità di relazione con il pubblico svolge un importante ruolo a beneficio della popolazione fragile, operando in modo integrato nell'ambito dei percorsi di cura e di presa in carico delle persone.

La Direzione, inoltre, in un'ottica di sviluppo di sistema, intende promuovere raccordi e sinergie con le altre Direzioni regionali interessate nel processo e con i principali portatori di interesse. Nell'ambito dell'organo collegiale denominato Comitato tecnico consultivo per la cooperazione sociale, la Direzione avvia l'operatività di tavoli tecnici con rappresentanti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale, della cooperazione sociale, delle rappresentanze sindacali, delle associazioni dei disabili, nonché di Federsanità Anci e ANCI su argomenti giudicati critici, al fine di potenziare e adeguare, rispetto alle esigenze espresse dal tessuto sociale regionale, gli interventi di politica sociale dando sostegno ai servizi rivolti in particolare ai soggetti con disabilità.

I gruppi tecnici affronteranno, nel corso del 2019, le seguenti tematiche, che coinvolgono, tra l'altro, alcuni aspetti rilevanti del percorso di presa in carico delle persone fragili:

- gestione della farmacoterapia nelle strutture territoriali;
- formazione del personale sociosanitario;
- affidamenti di appalti alla cooperazione sociale;
- trasporto sanitario.

Si precisa che nell'ambito del gruppo tecnico che riguarda gli affidamenti alla cooperazione sociale verrà richiesto il coinvolgimento sia della CUC regionale che della costituenda ARCS.

Il lavoro dei suddetti gruppi tecnici esiterà entro il 2019 in documenti con valenza di supporto tecnico e con l'eventuale predisposizione di linee di indirizzo regionali.

3.2.3 AREA WELFARE

In continuità con gli obiettivi strategici regionali degli ultimi anni, l'Area Welfare dell'AAS 2 prosegue con il percorso e le azioni intraprese nell'ambito dei progetti attinenti alla programmazione degli interventi sociosanitari, in particolare provvede ad effettuare le seguenti attività:

3.2.3.1. Azioni di sistema

- supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD e gestione corsi;
- partecipazione alla cabina di regia dei Sistemi informativi sociosanitari.
- supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale, in particolare per quel che attiene l'Albo regionale delle cooperative sociali e il monitoraggio delle attività e delle risorse messe in campo dalle stesse nell'ambito dei servizi socio sanitari, socio assistenziali e socio educativi;
- supporto amministrativo agli interventi di incentivazione.

3.2.3.1. Anziani

- supporto alla Direzione regionale salute e agli Enti gestori nell'attuazione del processo di accreditamento delle residenze per anziani;
- supporto alla Direzione regionale salute e alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori nelle attività propedeutiche all'adozione del nuovo sistema di finanziamento della non autosufficienza nelle residenze per anziani;
- supporto alla Direzione regionale salute nell'attività di valutazione delle sperimentazioni regionali volte a promuovere forme innovative di domiciliarità (abitare possibile e domiciliarità avanzata);
- assistenza tecnica, manutenzione evolutiva, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica sistema informativo SIRA-FVG e GENeSys;
- sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori all'utilizzo.

3.2.3.2. Disabilità

- supporto alla DCS alla revisione della LR 41/96;
- supporto alla DCS nella stesura di linee di indirizzo per la presa in carico delle persone con disabilità;
- supporto alla DCS per l'attuazione della funzione osservativa nell'area disabilità (gruppo istituzionale) e realizzazione delle attività del gruppo tecnico;
- ampliamento della conoscenza del sistema attuale tramite approfondimento e aggiornamento dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;
- ulteriori sviluppi dello strumento di valutazione Q-VAD e accompagnamento ai territori per il suo utilizzo;
- supporto per lo sviluppo e l'utilizzo dei sistemi informativi per la raccolta dei dati relativi all'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità e alle loro condizioni di vita;
- supporto alla DCS nella definizione di nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali;
- supporto alla DCS per sviluppare una proposta relativa al nuovo sistema di finanziamento, valutazione degli impatti e applicazione sperimentale in alcuni contesti circoscritti;
- supporto alla DCS nella realizzazione del riparto regionale art. 14ter, 15, 18 e 20 LR 41/96;
- supporto alla DCS per lo sviluppo, monitoraggio e valutazione di percorsi innovativi e sperimentali per l'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali di persone con disabilità;
- supporto alla DCS per l'attuazione del Piano di interventi regionali per il "Dopo di Noi";
- revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb;
- supporto alla DCS per la promozione e lo sviluppo dei temi dell'accessibilità e della domotica;
- supporto alla DCS per la realizzazione del tavolo autismo adulti;
- supporto alla DCS nella definizione di ipotesi di modifica del Regolamento FAP;
- supporto alla DCS nella definizione di ipotesi di unificazione dei c.d. Fondo gravissimi (DPR 247/09) e Fondo SLA (DGR 1692/2012);

Inoltre, in continuità con quanto realizzato negli anni precedenti, l'Area Welfare provvederà al:

- supporto della Direzione nell'applicazione del "Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità" (DPR 247/09);
- applicazione del "Regolamento per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento delle azioni 2 e 3 del programma di attuazione degli interventi della regione Friuli Venezia Giulia a favore dei malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)" (DGR 1692/2012), secondo quanto previsto in convenzione sottoscritta in data 30 ottobre 2012 e successivamente integrata in data 24 aprile 2015.

3.2.3.3. Minori

- supporto alla Direzione centrale salute per la definizione del regolamento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali per minori;
- supporto alla Direzione centrale salute nel percorso di riclassificazione, ri-autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali operanti in regione;
- accompagnamento dell'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali;
- studio e analisi di uno strumento di valutazione del profilo di bisogno dei minori;
- supporto alla gestione dei flussi dati minori.

3.2.3.4. Dipendenze

- gestione Osservatorio per le Dipendenze;

- supporto alla governance del sistema delle dipendenze regionale;
- supporto ai compiti regionali previsti dalla L.R. n.1/2014;
- supporto alla Direzione regionale salute per la predisposizione della bozza e del successivo monitoraggio del Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze;
- supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva.

3.2.3.5. Salute Mentale

- supporto alla Direzione centrale salute nell'implementazione del gestionale salute mentale età adulta ed età evolutiva.

3.2.4 ODONTOIATRIA PUBBLICA

Nel corso del 2018 il programma regionale di odontoiatria pubblica, modificato dalla D.G.R. n. 1681 del 08/09/2017, integrata dal decreto del Direttore Centrale Salute, Integrazione Socio-Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia n. 1241/SPS del 19/09/2017 ha visto ulteriore attuazione.

Tale programma di odontoiatria, non solo sociale, ma di rilevanza fondamentale per la Salute pubblica, ha come punti cardine la tutela della salute, con l'attuazione di programmi di prevenzione destinati alla popolazione pediatrica, la gestione delle urgenze odontostomatologiche, l'assistenza odontoiatrica a soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale e l'erogazione di prestazioni EXTRA LEA aggiuntive per i soggetti residenti nella regione FVG. Tale programma regionale ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini accessibilità, continuità ed efficacia delle cure attraverso la razionalizzazione dei servizi, l'adeguatezza strutturale e strumentale e la condivisione di procedure e protocolli a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure erogate.

Il 2019 sarà un anno di transizione, tenuto conto anche della nuova organizzazione del servizio sanitario regionale, dedicato da parte della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, con il supporto del Coordinamento Regionale, alla valutazione delle attività e dei servizi attivati e dei risultati ottenuti dal programma, al consolidamento del programma stesso e alla valutazione di eventuali modifiche ed integrazioni dei suoi contenuti, a partire dai risultati raggiunti e dai bisogni di salute della popolazione.

Si ritiene pertanto che per il 2019 l'organizzazione complessiva del programma debba essere valutata mediante la definizione di obiettivi adeguatamente misurabili e verificabili e declinati alle AAS/ASUI/IRCCS Burlo Garofolo in relazione alla effettiva realizzazione del programma di odontoiatria pubblica, alle liste di attesa, alla disponibilità di risorse e ai volumi di attività erogati storicamente.

Nel 2019:

- ogni centro erogatore deve fornire almeno 1400 prestazioni/anno;
- la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore > 1.5; deve raggiungere tale valore per le Aziende che nel 2018 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e deve raggiungere il valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2018 è risultata < 1
- la media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;
- la percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere mantenuta al valore raggiunto nel 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente;
- tutte le Aziende devono fornire alla DCS per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione

- trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione;
- in tutte le Aziende deve essere attiva la cartella clinica elettronica entro il 31.1.19;
- all'interno di ciascun carcere presente sul territorio regionale deve essere attivato l'ambulatorio odontostomatologico, per garantire in sede la presa in carico e la cura dei detenuti;
- al fine di ottimizzare le risorse e garantire cure di qualità grazie alla numerosità della casistica trattata, andranno progressivamente intraprese azioni – attraverso la riduzione del numero delle sedi erogatrici di prestazioni odontostomatologiche – tese a garantire la presenza di almeno due riuniti per sede entro il 2019
- apertura dell'ambulatorio di protesi totale in ASUI Ud entro il primo semestre del 2019

3.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

OBIETTIVI PER LE AZIENDE SANITARIE

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica e integrativa vanno promosse azioni mirate ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni quale strumento essenziale di tutela della salute favorendo 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 2018, le Aziende dovranno quindi assicurare ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella specialistica-ospedaliera.

3.3.1 Tetti spesa farmaceutica

Per il 2019 rimangono confermati i tetti di spesa regionali per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSR.

Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,89 % del FSR;</p> <p>Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR.</p> <p>Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2019 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 mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS (da definire con ARUE)</p>

3.3.2. Appropriately prescrivibile

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

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, ecc).</p>	<p>Invio alla DCS da parte delle Aziende di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa - 3 obiettivi assegnati alle UO aziendali/MMG di continuità assistenziale/appropriatezza - Azioni intraprese per le categorie principali <p><u>Modalità di valutazione:</u> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)</p>

3.3.3. Attività centralizzate – ARCS

L'ARCS, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende Sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici.

Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.

Per quanto riguarda la DPC, ARCS assicura il monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC e adotta ogni misura conseguente al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata. Rende inoltre disponibile mensilmente a tutte le aziende sanitarie un aggiornamento della lista dei farmaci aggiudicati a gara.

Obiettivo	Risultato atteso
<p>1- ARCS monitora:</p> <p>1.1 l'elenco dei medicinali prossimi alla scadenza brevettuale e garantisce l'ottimizzazione dei tempi di espletamento delle procedure di approvvigionamento con particolare riferimento all'immissione in commercio dei farmaci biosimili o a brevetto scaduto;</p>	<p>1.1- Invio alla DCS, entro il 28.02.2020, di una relazione annuale sulle attività svolte e le tempistiche di attuazione delle procedure di approvvigionamento relativamente all'effettiva disponibilità del primo farmaco equivalente o biosimile di un principio attivo di nuova immissione in commercio, a seguito di procedura di acquisto secondo le normative vigenti (L 232/2016), per l'assistenza erogata tramite le Strutture del SSR</p> <p>Indicatori: dalla data dell'effettiva disponibilità dei biosimili o medicinali equivalenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adozione del provvedimento di aggiudicazione = <90 giorni • a seguito di richiesta delle Aziende, messa a disposizione del farmaco a magazzino mediante procedure urgente entro 45 giorni. <p><u>Modalità di valutazione:</u> tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci=raggiunto</p>

<p>1.2 le carenze dei medicinali e ottimizza la gestione degli approvvigionamenti dei prodotti a garanzia della continuità dei trattamenti;</p> <p>1.3 le variazioni del prezzo al pubblico dei medicinali, con particolare riferimento a quelli inseriti nell'elenco dei farmaci oggetto di DPC, al fine di garantire ricadute positive per il SSR</p> <p>2- ARCS garantisce la continua disponibilità dei medicinali per l'erogazione in DPC ed ottimizza i tempi di approvvigionamento, con particolare riferimento ai medicinali di nuovo inserimento nell'elenco DPC.</p> <p>3- ARCS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto, continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci soggetti a registro AIFA per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results)</p> <p>4- ARCS centralizza l'acquisizione di nuovi farmaci per tutte le Aziende sanitarie, qualora siano</p> <ul style="list-style-type: none"> -erogabili da Centri individuati dalla Regione (relativamente alle aziende sanitarie coinvolte); - innovativi; - con erogazione principale in distribuzione diretta; 	<p>tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</p> <p>1.2 Inoltro alla DCS di una procedura per la gestione delle carenze dei medicinali (entro 30.06.2018).</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> procedura inviata: sì/no</p> <p>1.3 inoltro entro il 28.02.2020 delle evidenze dell'attività svolta <u>Modalità di valutazione</u> Inoltro evidenze: sì/no</p> <p>2- ARCS fornisce alla DCS, entro il 28.02.2020, l'evidenza della tempistica della disponibilità dei farmaci DPC sulla piattaforma. Indicatore: 45 giorni dall'acquisizione da parte di ARCS dei fabbisogni delle Aziende.</p> <p><u>Modalità di valutazione</u> tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci=raggiunto tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto</p> <p>3 – Evidenza dei ristori effettuati</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Ristori effettuati: sì/no</p> <p>4- invio alla DCS entro il 28.02.2020 di un report che evidenzi la % dei farmaci di nuova commercializzazione acquistati centralmente ed i tempi di acquisizione a decorrere dalla richiesta di fabbisogni inviata da ARCS alle Aziende. Indicatore: tempi massimi di acquisizione del farmaco = 45 giorni</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u></p>
---	---

	tempistiche rispettate per almeno il 90% dei farmaci=raggiunto tempistiche rispettate tra 70-90% dei farmaci = parzialmente raggiunto tempistiche rispettate per meno del 70% dei farmaci = non raggiunto
--	---

3.3.4. Appropriately prescriptive. Indicators in territorial scope

I medicinali a brevetto scaduto rappresentano un'importante settore dell'assistenza farmaceutica che va promosso con continuità. Anche per il 2019, per la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, si fa riferimento alle principali classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS).

Per il 2019 sono integrati alcuni indicatori sulla prescrizione di antibiotici tratti dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2017" redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa relativamente ad un network di regioni a cui partecipa anche il Friuli Venezia Giulia.

Obiettivo	Risultato atteso																		
<p>Relativamente ai medicinali a brevetto scaduto e alla prescrizione di antibiotici sono riportati i target per il 2019.</p> <p>I target sui medicinali a brevetto scaduto potranno essere aggiornati con nota DCS non appena disponibili gli ultimi dati nel portale AIFA/MEF nonché in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSE</th> <th>% media FVG (gen-ago 2018)</th> <th>% target nazionale a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C08CA – derivati diidropiridinici</td> <td>91,0%</td> <td>92,1%</td> </tr> <tr> <td>C09BA – ACE inibitori e diuretici</td> <td>93,9%</td> <td>95,3%</td> </tr> <tr> <td>N03AX – Altri antiepilettici</td> <td>94,0%</td> <td>98,7%</td> </tr> <tr> <td>N06AX – Altri antidepressivi</td> <td>77,2%</td> <td>80,8%</td> </tr> </tbody> </table>			CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere	C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%	N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%	N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%	
	CLASSE	% media FVG (gen-ago 2018)	% target nazionale a cui tendere																
	C08CA – derivati diidropiridinici	91,0%	92,1%																
	C09BA – ACE inibitori e diuretici	93,9%	95,3%																
	N03AX – Altri antiepilettici	94,0%	98,7%																
	N06AX – Altri antidepressivi	77,2%	80,8%																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICATORE</th> <th>Media FVG (2017)</th> <th>Target a cui tendere</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)</td> <td>37,95%</td> <td>≤ 30 %</td> </tr> <tr> <td>Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica</td> <td>28,06</td> <td>≤25 up pro cap</td> </tr> </tbody> </table>			INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %	Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap							
	INDICATORE	Media FVG (2017)	Target a cui tendere																
	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,95%	≤ 30 %																
	Consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,06	≤25 up pro cap																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>Azienda</th> <th>Valore aziendale 2017</th> <th>Target (valore 2016)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ASUI-TS</td> <td>13,94</td> <td>13,24</td> </tr> </tbody> </table>				Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)		ASUI-TS	13,94	13,24								
Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2017	Target (valore 2016)																
	ASUI-TS	13,94	13,24																

	Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	AAS 2	14,38	14,06
		AAS 3	14,98	14,50
		ASUI-UD	14,68	14,46
		AAS 5*	17,21	16,50*
	Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASUI-TS	17,71	16,68
		AAS 2	14,68	14,06
		AAS 3	15,38	14,46
		ASUI-UD**	13,56	13,56**
		AAS 5	15,52	14,93
	* per AAS5 target $\leq 16,50$ (valutazione buona)			
** per ASUI-UD target = mantenimento valore 2017				
<u>Modalità di valutazione complessivi:</u>				
- <u>6-8 indicatori a target = RAGGIUNTO</u>				
- <u>4-5 indicatori a target = PARZIALMENTE RAGGIUNTO</u>				
- <u><4 indicatori a target = NON RAGGIUNTO</u>				

3.3.5. Biosimilari

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

Per completezza si richiama inoltre il secondo position paper dell'AIFA sul tema dei biosimilari.

Obiettivo	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	<ul style="list-style-type: none"> Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano le attività svolte, i percorsi attivati con i prescrittori ed i monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), da cui si evincano le ricadute sul SSR. A tal fine la DCS invierà uno schema di rilevazione delle informazioni per consentire confronti omogenei. ARCS invia un quadro riepilogativo degli ordini effettuati nell'ambito accordi quadro. <p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relazioni inviate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20: sì/no secondo schema DCS;

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

Come disciplinato dall'art. 9 del DPCM 12.01.2017, le Aziende garantiscono i livelli essenziali di assistenza nell'ambito dell'assistenza farmaceutica assicurando, tra l'altro:

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

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

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

- rendere disponibile ai prescrittori dell'elenco aggiornato dei farmaci erogabili in DPC con l'evidenza delle specialità effettivamente disponibili;
- monitorare le erogazioni convenzionali dei farmaci ricompresi nell'elenco dei medicinali erogabili in DPC approfondendo con i prescrittori le motivazioni del ricorso a tale modalità (non sostituibilità, ricette urgenti, farmaci mancanti in DPC, ecc);
- assicurare le opportune informazioni relativamente ai farmaci di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC per garantire i percorsi assistenziali più appropriati anche nelle more dell'effettiva disponibilità dei medicinali in piattaforma.

Obiettivo	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018.	Invio di due report semestrali sull'attività svolta Evidenza di accordi per l'erogazione del I ciclo con le strutture private accreditate entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20 La DCS invierà un prototipo di report per la rilevazione omogenea dei dati. Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no

3.3.7. Rapporto con le Aziende Farmaceutiche e Biomedicali

Gli enti del SSR, attraverso gli appositi Uffici (es. responsabili della trasparenza e dell'anticorruzione) adottano specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse	Le aziende predispongono un regolamento e lo adottano entro il 31.12.2019. <u>Modalità di valutazione:</u> Invio del regolamento predisposto alla DCS entro il 31.08.2019 sì/no
---	--

3.3.8. Assistenza integrativa

Le Aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa, al fine di porre in essere ogni azione utile ad un efficientamento della spesa ed una razionalizzazione

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

<p>La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi.</p> <p>Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR</p>	<p><u>Modalità di valutazione:</u> Evidenza delle azioni intraprese: sì/no</p>
---	--

3.3.9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Le Aziende continuano a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici), nonché assicurano, ai fini degli adempimenti LEA, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica.

Obiettivo	Risultato atteso
<p>Registri AIFA e recupero rimborsi</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità.</p> <p>Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA.</p> <p><u>Modalità di valutazione</u> Presenza di un percorso aziendale per la gestione delle criticità: sì/no Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no</p>
<p>Cartella oncologica informatizzata</p> <p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.</p>	<p>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Due rilevazione (DCS) del grado di completezza al 30.06.2019 e al 31.12.2019. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%.</p>
<p>Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico</p> <p>Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter</p>	

<p>elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS</p>	<p>% delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico $\geq 90\%$ Per ASUI-TS, al termine della fase di inserimento nella logistica centralizzata avvio utilizzo applicativo: % confezioni almeno 30%</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Target rilevati dalla DCS. - % $\geq 90\%$: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % $< 75\%$: obiettivo non raggiunto</p>
<p>Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici</p> <p>Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo).</p> <p>Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: $\geq 65\%$</p> <p><u>Burlo:</u> % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 $\geq 65\%$ rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti $> 65\%$ raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 50 e 65% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti $< 50\%$ non raggiunto</p> <p>Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati ($> 65\%$) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.</p>
<p>Flussi informativi farmaceutica</p> <p>Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali <u>entro il 10 di ogni mese</u>, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura ($> 99\%$ confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).</p>	<p>Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese Integrale copertura fase 3/fase 2 ($> 99,5\%$ della spesa negli ambiti previsti). Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali ($> 99\%$). Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % $> 99,5\%$: raggiunto % tra 99 e 99,5: parzialmente raggiunto % $< 99\%$: non raggiunto</p>

Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	<ul style="list-style-type: none"> - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no
--	--

3.3.10. Farmacovigilanza

Sul versante della farmacovigilanza continuano le progettualità già avviate a livello regionale e multiregionale finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali avviate dalla DCS in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013, 2199/2014) e dalle nuove convenzioni in essere (17/2017 e 18/2017).

Nel corso del 2018, nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015, è stata avviata una progettualità pluriennale volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio, tramite un nuovo accordo di collaborazione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS.

Nel 2019 sarà attivata anche una specifiche progettualità regionale finanziata da AIFA sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare.

Oltre a queste specifiche progettualità proseguono le attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari. In particolare, anche per tutto il 2019 sarà disponibile il percorso formativo a distanza (FAD) avviato nel 2017 e rivolto a tutti gli operatori sanitari del SSR con lo scopo di migliorare la qualità della segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR). Nell'anno in corso saranno inoltre disponibili tre nuovi moduli formativi a distanza relativi alla corretta gestione della piattaforma Vigifarmaco, delle segnalazioni sulla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) e del dizionario MedDRA e destinati in modo specifico ai Responsabili di farmacovigilanza aziendale e collaboratori.

Obiettivo	Risultato atteso
Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate dalla DCS e alle attività formative organizzate dalla stessa (partecipazione incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie)
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione in essere.	Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed evidenza della relazione scientifica e della rendicontazione: secondo le tempistiche della convenzione in essere. <u>Modalità di valutazione:</u> Partecipazione agli incontri periodici sì/no Presenza SI/NO della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere.
Partecipazione ai tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro	Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati

<p>collaboratori (da loro individuati) al fine di migliorare la qualità delle informazioni inserite in RNF</p>	<p><u>Modalità di valutazione:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. obiettivo raggiunto: evidenza di partecipazione del 100% degli operatori sanitari individuati 2. obiettivo parzialmente raggiunto: evidenza di partecipazione del 75% degli operatori sanitari individuati 3. obiettivo non raggiunto: evidenza di partecipazione minore del 70% degli operatori sanitari individuati 								
<p>Gli Enti dovranno assicurare azioni per incentivare la segnalazione on-line</p>	<p>Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalità cartacea al 31/12/2019</p> <p><u>Modalità di valutazione:</u> Con riferimento alla rilevazione delle segnalazioni on-line effettuate nel periodo 01/01/2018 - 31/08/2018</p> <table border="1" data-bbox="810 824 1426 1070"> <thead> <tr> <th></th> <th>% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AAS2 /AAS5</td> <td>≤50%</td> </tr> <tr> <td>ASUI-TS</td> <td>>50 e ≤70%</td> </tr> <tr> <td>AAS3/ASUI-UD/CRO/BURLO</td> <td>>70%</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'obiettivo sarà diversificato nel seguente modo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 20% per l'AAS2 e AAS5, del 15% per ASUI-TS e del 5% per i restanti Enti del SSR 2. obiettivo parzialmente raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente del 15% per l'AAS2 e AAS5, del 10% per ASUI-TS e del 2,5% per i restanti Enti del SSR 3. obiettivo non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 15% per l'AAS2 e AAS5, al 10% per ASUI-TS e al 2,5% per i restanti Enti del SSR 		% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)	AAS2 /AAS5	≤50%	ASUI-TS	>50 e ≤70%	AAS3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%
	% di segnalazioni on-line/segnalazioni totali (01/01/2018-31/08/2018)								
AAS2 /AAS5	≤50%								
ASUI-TS	>50 e ≤70%								
AAS3/ASUI-UD/CRO/BURLO	>70%								

3.4. ACCREDITAMENTO

Nel 2018 la Direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di accreditamento delle strutture private di riabilitazione funzionale e ha avviato i procedimenti per l'accREDITAMENTO dei soggetti che svolgono attività di trasporto sanitario, nonché quelli per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture per la terapia riabilitativa delle dipendenze.

Gli enti del SSR che collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA) hanno definito le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e del Decreto n. 1899/2017e hanno trasmesso alla Direzione centrale salute i documenti previsti in tali atti.

Nel 2019 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 i referenti degli enti del SSR che fanno parte dell'OTA.

Nel 2019 la Direzione centrale salute avvierà il percorso per gli adempimenti previsti dall'Accordo Stato Regioni n. 16 CSR, del 24.1.2018, in materia di attività di trapianto.

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

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	1. 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
2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	2. 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
3. Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	3. 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
	4. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017

3.5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

In continuità con la programmazione dell'anno 2018, nel 2019 si consolideranno le attività avviate con l'obiettivo di migliorare alcuni indicatori di performance.

3.5.1. Insufficienze d'organo e trapianti

Cuore

1. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
2. Realizzazione del percorso formativo per la gestione dei pazienti portatori di VAD (partecipazione di almeno 2 operatori x AAS/ASUI)

Fegato

1. Garantire la diffusione dei PDTA "Alterazione enzimi epatici" ai vari livelli dell'organizzazione
2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con:
 - a. Segnalazione per l'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2019 (ASUIUD 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10). (valutazione da parte del CRT)
 - b. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
3. Attivazione di un ambulatorio per visite di Epatologia (Medicina interna a indirizzo Epatologico) per ogni presidio ospedaliero spoke > almeno 4 ore/settimana a decorrere dal mese di maggio

Pancreas

1. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).

Polmone

1. Partecipazione alla revisione/stesura del PDTA regionale sulla BPCO da parte dei professionisti coinvolti
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 55 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).
3. Aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare (riduzione maggiore del 10% della spesa, rispetto al valore 2017)

Rene

1. Evidenza dell'attivazione, nelle varie aziende sanitarie del percorso formativo di 2° livello sul PDTA "Malattia renale cronica stadi I-III e IV-V".
2. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2017 del 54,34%).
3. Potenziamento del programma Trapianti di rene con:
 - a. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)
 - b. aumento dei casi di trapianto (almeno 55/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).

Tessuti oculari

1. Mantenimento del programma di donazione cornee rispetto al 2017
2. Mantenimento del numero di trapianti di cornea in Regione per il 2019 (dato 2017 = 135 – Rapporto CRT)

Donazione d'organi e altri tessuti

1. Avvio dell'attività di prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici (almeno 3 casi nel 2019).
2. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard:
 - Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta (> 16-25%)
 - Proc. 2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta (> 21-40%)

Infine, in base all'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate". - Rep. Atti n. 16/CSR del 24 gennaio 2018, il CRT deve tenere evidenza documentale, per ogni programma trapianto di:

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

3.5.2. Emergenza urgenza

Per il 2019 vengono individuati gli obiettivi di seguito specificati:

Ictus

1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa per l'anno 2019 al di sopra di 350 pazienti trattati nel territorio regionale (399 nei 2017 - fonte SDO).
2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra *triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa* (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo *triage in pronto soccorso- trombolisi* per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora.
3. Implementazione con evidenza di configurazione in ogni Azienda, di un database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, da rilevare su tutti i codici ictus con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)
4. Utilizzo del database informatizzato per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS pre e post evento in tutti i pazienti con ictus, in almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia). (Report ultimo trimestre anno)
5. Evidenza dell'informazione alla cittadinanza: (es opuscolo/volantino, video, eventi, ecc.) sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi i soccorsi in caso di ictus.

Emergenze cardiologiche

1. Compilazione della scheda STEMI (PACS Emodinamica) > 95% delle 4 variabili.
2. Attivazione della tele-radiologia Hub & Spoke per le sindromi aortiche acute
3. Implementazione di una scheda di valutazione dello storm aritmico > 95% dei casi inseriti a sistema (periodo dal 1 luglio al 31 dicembre)

Trauma

1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (media regionale 2017 del 71,1% - fonte PNE).
2. Riduzione del 20% dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia (differenza fra giorno/ora di ricovero e giorno/ora di intervento – rapporto tra 2018 e 2019).

Pronto soccorso ed urgenza emergenza

1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2017 del 49,6% negli Hub e del 66,69% negli spoke - fonte Bersaglio)
2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2016 del 71,13% negli Hub e 80,57% negli spoke - fonte Bersaglio)

Sala operativa regionale emergenza sanitaria (SORES)

1. Utilizzo dei protocolli a) di ingresso, b) problema principale e c) istruzioni prearrivo del MPDS nel 90% delle chiamate di soccorso
2. Messa a sistema della scheda medica elettronica e implementazione delle schede tempo-dipendenti (arresto cardiaco, STEMI, Ictus e Trauma) con sistema di monitoraggio e registrazione
3. Monitoraggio dei tempi di soccorso (attesa per la risposta, attivazione mezzi di soccorso, partenza dei mezzi di soccorso, invio mezzo di soccorso, arrivo sul target dei mezzi di soccorso) e comunicazione dei dati rilevati al CREU
4. Completamento al 75% della formazione dei medici e degli infermieri dell'emergenza territoriale aziendali e non sulle funzioni SORES e sulle interazioni con il territorio e PS e dipartimenti di emergenza
5. Condivisione con l'emergenza territoriale e i dipartimenti di emergenza ospedalieri dei protocolli della maxi-emergenza, disaster recovery, RSR e NBCR
6. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle aziende sanitarie

3.5.3. Reti di patologia

Oltre a quelle di cui ai punti 3.6.1. e 3.6.2., nel corso del 2019 proseguono le attività anche le reti di patologia già approvate e di seguito indicate.

Malattie rare

Ogni rete di gruppo nosologico deve:

1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale,
2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attività.

Malattie reumatiche

Nel 2018 prosegue il lavoro della rete con:

1. Formalizzazione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata.
2. evidenza dell'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).

Insufficienza cardiaca cronica

1. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2017 di 215,39 – fonte Bersaglio)

Infettivologica

1. Ogni presidio ospedaliero spoke ha almeno un medico di malattie infettive assegnato a tempo pieno alla direzione medica.
2. Le strutture di Microbiologia e virologia (presidi ospedalieri hub) sono attivabili sulle 24H 365 die/anno.

3.5.4. Pediatria

In relazione all'attivazione della rete pediatrica regionale con DGR 730/2018 e alla governance della rete stessa, nel corso del 2018 sono stati istituiti il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale, come da indicazioni dell'Accordo Stato Regioni 248/2017, e il Comitato di Coordinamento della ricerca pediatrica. Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale, per l'espletamento delle funzioni attribuite con la suddetta deliberazione, si avvale del supporto di Gruppi multidisciplinari regionali per patologia, alla cui composizione le Aziende sono chiamate a partecipare con propri referenti.

Le attività della rete pediatrica si inseriscono in un contesto di profondi cambiamenti demografici caratterizzati da una contrazione delle nascite, dal miglioramento dello stato di salute dei bambini con l'emergenza di problematiche nuove legate prevalentemente agli stili di vita, all'incremento del disagio psichico, di patologie croniche, disabilità e malattie complesse. Si assiste inoltre ad una deospedalizzazione delle cure pediatriche per patologie a bassa complessità gestite nell'ambito dell'assistenza primaria e a un aumento della complessità delle patologie che richiedono una presa in carico ospedaliera. È necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza delle cure. In particolare, per il 2019, dovranno essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- Area emergenza-urgenza: Definizione di un modello operativo per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza
- Chirurgia pediatrica: Consolidamento del modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.
- Tele-refertazione: Sviluppo e operatività del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica
- Malattie complesse e/o croniche: Definizione di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualità e continuità delle cure con predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti:
 - o Oncoematologia
 - o Malattie nefrologiche
 - o Malattie infiammatorie croniche intestinali
 - o Diabete
 - o Malattie neuromuscolari

- *Cure palliative*: in relazione a quanto previsto dal Decreto 1771/2016, implementazione del modello di rete e definizione di un percorso assistenziale.
- *Salute mentale in età evolutiva*: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della Direzione centrale salute per l'attuazione degli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in età evolutiva.
- *Farmaci galenici pediatrici*: definizione di un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici.
- *Carta dei Servizi pediatrica*: le Aziende che erogano prestazioni destinate alla fascia di popolazione in età evolutiva predispongono una Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.
- *Formazione*: Le Aziende promuovono attività formative relative alle tematiche oggetto di progettualità per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).

3.5.5. Percorso nascita

Nel corso del 2019 continueranno i lavori del Comitato percorso nascita regionale sul monitoraggio dell'attuazione delle 10 linee di Azione mirate al miglioramento della qualità degli interventi assistenziali nel percorso nascita, previste dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, recepito con DGR 1083/2012 e annualmente monitorate a livello nazionale dal Comitato percorso nascita del Ministero della Salute. Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti in seno al Comitato regionale contribuiscono a definire gli interventi prioritari per il miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza del percorso nascita a livello regionale e implementano le azioni di miglioramento a livello locale.

Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica

Nel 2018 è stato definito un percorso nascita modulato a seconda del livello di rischio della gravidanza, individuando, per la gravidanza a basso rischio, un percorso a gestione ostetrica, definendo gli strumenti idonei per la gestione in autonomia da parte delle ostetriche e facilitando l'accesso alle prestazioni da parte delle donne (DGR 723/2018). Nel corso del 2019 vengono completate le azioni necessarie alla piena attuazione del programma che le Aziende implementano a livello locale.

Integrazione territorio-ospedale

Nel 2018 sono stati avviati i lavori per la definizione dell'Agenda della gravidanza, strumento che faciliterà l'integrazione territorio-ospedale e permetterà alla donna di acquisire elementi utili a pianificare il suo percorso in maniera informata e consapevole. Il progetto verrà completato nel corso del 2019. Le Aziende collaborano alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementano sul territorio di competenza. Per garantire la continuità assistenziale in puerperio le Aziende definiscono un percorso aziendale per il post-partum per mamma e neonato, anche prevedendo l'offerta della visita ostetrica domiciliare.

Parto analgesia

Una rilevazione effettuata nel 2018 sulla parto-analgesia nei Punti nascita regionali ha evidenziato aree di miglioramento nell'ambito dell'offerta farmacologica e non del controllo del dolore in travaglio e parto. Nel corso del 2019 le Aziende in cui è operativo uno o più Punti nascita:

- sviluppano/aggiornano una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia;
- rendono visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto;

- definiscono procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia, dalla visita anestesiológica in gravidanza, all'erogazione della prestazione in travaglio, alle richieste estemporanee e al monitoraggio post-partum;
- promuovono corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte e le Aziende con Ostetricie di II livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale;
- monitorano l'attività e le eventuali complicanze.

Tagli cesarei primari e parti indotti

Secondo il DM 70/2015, l'Accordo Stato Regioni 14/CRS del 2018 sulle reti tempo dipendenti e quanto previsto dal Comitato percorso nascita nazionale, la soglia è differenziata tra Punti Nascita di I e II livello o comunque su volumi di attività:

- tagli cesarei primari nei PN con ≤ 1000 parti/anno: $\leq 15\%$
- tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: $\leq 25\%$

Trasporto STAM e STEN

Le Aziende con Ostetricie di II livello e TIN monitorano l'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale nell'area territoriale di competenza con gli indicatori di cui al Decreto 1733/2016 e trasmettono un report annuale alla Direzione centrale salute, affinché lo stesso venga discusso all'interno del Comitato percorso nascita regionale.

Formazione

Le Aziende promuovono programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilità tecniche e non tecniche. I PN di II livello promuovono corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello.

Gli operatori del 118 che svolgono il servizio di STAM assistono a 3 parti fisiologici.

Le aziende, inoltre, promuovono corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.

3.5.6. Sangue ed emocomponenti

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

- Piano annuale di produzione, concordato tra il Coordinamento Trasfusionale Regionale e le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, finalizzato a:
 - o raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti al Nuovo Accordo Interregionale Plasma (valore soglia 26.000 Kg), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione;
 - o mantenimento della quota di compensazione interregionale (emocomponenti ed emoderivati) concordata con la pianificazione nazionale (Centro Nazionale Sangue) e interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma).
- Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. In particolare:
 - o monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (adeguati alle prescrizioni della DGR 893/2018)

- con il fine di ricondurre i consumi pro capite della Regione Friuli Venezia Giulia al livello della media nazionale e dei valori raccomandati dalla letteratura internazionale:
- emocomponente “tracer”: globuli rossi concentrati;
 - farmaci “tracer”: Antitrombina III e Fibrinogeno;);
- implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei “sistemi barriera” per la trasfusione al letto del paziente.

Nel corso del 2019 la DCS ridefinirà le modalità per il coordinamento intra-regionale ed inter-regionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione di emocomponenti ed emoderivati, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale, in relazione agli obiettivi e alle azioni dei piani di settore. Ridefinirà anche, in accordo con gli Enti del SSR, le regole per il finanziamento della funzione trasfusionale e per la compensazione economica delle attività e dei prodotti del sistema trasfusionale regionale.

3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Nel 2019 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. Le AAS/ASUI/IRCCS programmano le attività, sulla base della *mission* istituzionale assegnata, diminuendo le prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando quelle appropriate e più necessarie. In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. contenimento del tasso di ospedalizzazione entro il 125 x mille;
2. riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del *day service*, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l’età adulta che pediatrica;
3. riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).

Dall’iniziativa privata in campo sanitario, inserita in un contesto pubblicitario, può derivare un concreto valore aggiunto per l’intero SSR, nell’obiettivo comune e condiviso di rispondere al meglio alla domanda di salute dei cittadini, di abbattere le liste d’attesa contribuendo a contenere la fuga extra regionale e di massimizzare così l’efficienza del sistema.

In tale ottica, nel corso del 2019, ultimo anno di vigenza del corrente Accordo triennale 2017-2019 di cui alla DGR 42/2017, sarà avviato il percorso propedeutico alla stesura del prossimo Accordo 2020-2022.

Le AAS/ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.

3.6. RETE CURE SICURE FVG

Nel corso del 2019 si prevedono la continuazione dei programmi a regime ai quali si aggiungono le seguenti azioni:

- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale;
- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazioni e misurazione e verifica della loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari;
- aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;
- implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.

Riguardo al programma “*Antimicrobial Stewardship*” le azioni previste sono:

- diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche nelle unità operative ospedaliere, nei distretti e nelle AFT;
- riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine e chinolonici (ambito ospedaliero e territoriale) e carbapenemi (ambito ospedaliero);
- formazione aziendale specifica per personale medico (in particolare medici ospedalieri e medici di medicina generale) sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;
- adozione e diffusione delle linee di indirizzo regionali per la gestione delle infezioni in ambito pediatrico;
- adozione delle “Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali” e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;
- partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;
- partecipazione al processo di valutazione delle attività di stewardship aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;
- promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;
- implementazione della rete territoriale dei link professionali relativi al programma di Antimicrobial Stewardship.

Riguardo al programma “Controllo delle infezioni correlate all'assistenza” sono:

- effettuazione di una simulazione di evento epidemico (preparedness) che coinvolga le unità operative di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva;
- effettuazione della rilevazione secondo metodo HALT mirata a stimare la prevalenza di infezioni correlate all'assistenza in almeno una casa di riposo per distretto sanitario;
- effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;
- aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica;
- effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.

Riguardo al programma “Sicurezza del farmaco”:

- messa a regime della diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;
- adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;
- applicazione delle raccomandazioni ministeriali:
 - o raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;
 - o prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
 - o prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”;
 - o prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;

- prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.
- mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento:
 - alla riduzione del consumo di inibitori di pompa protonica a meno di 25 unità posologiche procapite (diretta+convenzionata e dpc);
 - alla riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici nelle case di riposo.

Verrà infine dato avvio al programma per la corretta gestione della nutrizione e della idratazione nelle case di riposo.

3.7. PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI OSPEDALI E NEI SERVIZI SANITARI: LA RETE HPH

Nel 2018 la rete HPH è stata ristrutturata dal punto di vista organizzativo; con decreto della DCS n. 1.100 del 31 luglio 2018 è stato adottato il regolamento che definisce le funzioni dei comitati (regionale e locali), del coordinatore regionale, dei coordinatori locali e dei link professional. Le aziende hanno nominato i propri coordinatori locali ed è stato rilanciato il lavoro del comitato di coordinamento HPH regionale. La rete HPH prevede il coinvolgimento di tutti i 3 livelli di assistenza dell'intero settore sanitario.

Nel 2019 si intende passare alla fase operativa, che traduce in pratica i valori e principi presenti nei documenti di riferimento che riguardano la promozione della salute di pazienti operatori e cittadini. Il fine perseguito è quello di integrare e rendere stabile nel tempo la pianificazione dei percorsi di promozione della salute secondo logiche di qualità, intersettorialità, multidisciplinarietà e valutazione di processo e risultato. Inoltre si avvieranno percorsi dedicati alla traduzione operativa delle evidenze scientifiche più recenti, che riguardano il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, uscendo dalla logica del semplice contrasto alla malattia per promuovere reali condizioni di benessere percepito da parte della popolazione.

Nel corso del 2019 si intende proseguire la strutturazione della Rete HPH FVG, con particolare riferimento all'individuazione e alla formazione dei link professional; inoltre, si riavvierà il sito internet della rete HPH regionale replicando il modello già adottato per la rete Cure Sicure FVG. Infine, si intende dare avvio a progetti riguardanti le seguenti 3 tipologie di soggetti:

- personale dipendente
- pazienti
- cittadini

Personale dipendente

- benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche:
 - medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale è possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni)
 - al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra)
 - nel caso di indice che indirizza verso una situazione di squilibrio fra le componenti, il medico competente:
 - promuove strategie di equilibrio psico-fisico
 - consiglia un'alimentazione finalizzata a riequilibrare il rapporto massa grassa/massa magra
 - propone un'attività fisica adeguata
 - individua uno o più obiettivi target di miglioramento per la visita successiva

Nel 2019 verrà valutata la fattibilità di individuare un target particolare di cittadini a cui rivolgere un progetto sperimentale di promozione della salute, cogliendo le indicazioni nazionali relative alla tutela della donna vittima di violenza

Pazienti

- astensione del fumo di tabacco in fase peri-operatoria

- tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico sono informati sui benefici della sospensione del fumo, nelle settimane precedenti e successive, sulla guarigione dopo intervento chirurgico e vengono invitati all'astensione

Cittadini

- promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale

3.8. RAPPORTO CON I CITTADINI

La gestione del rapporto con i cittadini riveste sempre maggiore importanza e determina, per essere attuata, importanti variazioni dei modelli organizzativi fino ad ora adottati. Nel 2018, oltre al consueto programma sul contenimento dei tempi d'attesa, sono state confermate/avviate alcune progettualità che hanno previsto modalità innovative di gestione di tale rapporto. Nel 2019 si intende proseguire con i progetti avviati.

3.8.1. Tempi d'attesa

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2019 si prevede di proseguire con le stesse modalità del 2018; in particolare:

- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio (allegato: *Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa*).
- La rilevazione, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, viene svolta per differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data del contatto con il SSR per la prenotazione, in rapporto alla classe di priorità (per alcune prestazioni di valenza regionale la responsabilità è attribuita ai soli Hub).
- Contestualmente al monitoraggio regionale le Aziende sono tenute a mantenere anche il monitoraggio ministeriale.
- Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno proseguire ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta.
- Nei riguardi dei cittadini deve essere assicurata la "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per la priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%.
- Le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.
- Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni.

Le AAS/ASUI/IRCCS dovranno garantire altresì il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi indicati, secondo i codici di priorità A (per almeno il 95% della casistica), B, C e D (per almeno il 90% della casistica) del punto 2 dell'allegato A. Anche per tali tipologie di attività, il mancato rispetto dei valori soglia indicati determina, per i medici delle strutture interessate, la sospensione della possibilità di svolgere la libera professione specifica.

Le aziende dovranno inoltre far rispettare il 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, oltre che delle risorse previste dalla L.R. n.7/2009.

Le AAS/ASUI rendicontano alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 40% è da utilizzare per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati, in aggiunta al budget assegnato per il periodo 2017-2019 con la stipula degli accordi adottati con la DGR n. 42/2017.

3.8.2. Innovazione nella gestione delle terapie

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

3.8.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Le AAS/ASUI/IRCCS proseguono anche nel 2019 con le modalità di gestione dei rapporti con i pazienti e i loro familiari nel corso delle attività di ricovero, avviate a partire dal 2017.

In particolare, sono confermati i programmi di:

- Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento).
- Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona.
- Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti.
- Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO

Nel 2019, a seguito dell'analisi dello stato dell'arte, sarà avviata la riorganizzazione dei servizi ICT in funzione alla rimodulazione dei modelli di *governance* del Servizio Sanitario Regionale finalizzato a garantire una migliore assistenza e continuità delle cure basata su una rete integrata di servizi socio sanitari, che prevede l'interazione di diverse figure professionali. L'indirizzo strategico riguardante l'ICT Regionale, stante l'obsolescenza di alcuni sistemi *core*, è quindi quello di proseguire nel percorso di individuazione di soluzioni specialistiche di eccellenza del mercato e di integrazione con gli *asset* e le soluzioni del SSSR, prevedendo l'utilizzo di metodologie evolute, nuovi paradigmi e modalità operative. L'eventuale riassetto organizzativo della Sanità può essere visto come un'opportunità per un contestuale rinnovamento tecnologico delle soluzioni informatiche in uso, anche per quanto riguarda l'ambito Amministrativo, con evidenti vantaggi organizzativi, di ergonomia e di completezza funzionale delle applicazioni, nonché di razionalizzazione dei costi. Saranno analizzate con particolare attenzione soluzioni di *software* erogato come servizio, ossia di *Software as a service (SaaS)*, che presentano gli evidenti vantaggi delle tecnologie *cloud* (abbattimento costi accessori di manutenzione, sicurezza, flessibilità, ...).

Si procederà ad un consolidamento dell'infrastruttura tecnologica/funzionale nelle Aziende Sanitarie, per rendere i sistemi *compliance* con le recenti normative sulla sicurezza informatica e sul tema della *privacy*, con riferimento rispettivamente alle "misure minime della sicurezza", al nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personale (*GDPR EU 679/2016*) ed alle misure di raccordo tra la normativa italiana ed il *GDPR*.

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

Per quanto riguarda l'emergenza *extra* ospedaliera, deve essere effettuata una revisione del modello organizzativo, con conseguente adeguamento dei processi e delle procedure informatiche per il sistema *CUS/SORES*. Nel corso del 2019 si provvederà ad un adeguamento delle soluzioni con contestuale ampliamento della copertura radio del sistema di emergenza sanitario FVG.

Riorganizzazione dei servizi ICT

Analisi dello stato dell'arte delle procedure informatiche in uso nelle Aziende e piano di riorganizzazione dei servizi ICT in funzione alla rimodulazione dei modelli di *governance* del SSR.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Censimento dei principali Servizi ICT a supporto della funzionalità ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	Redazione del piano di riorganizzazione

Revisione sistemi

Per alcuni sistemi, quali la piattaforma per la Gestione delle Risorse Umane e la Contabilità, si prevede di intraprendere un percorso di rinnovamento attraverso una analisi dei requisiti ed una valutazione di implementazione. Per affrontare questa impegnativa iniziativa di trasformazione in maniera strutturata saranno individuati dei referenti aziendali che visionino una serie di sistemi presenti sul mercato per definire, successivamente, un piano dei fabbisogni e procedere, conseguentemente, con le azioni derivanti.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione ai gruppi di lavoro (Gestione Risorse Umane, Gestione contabilità)	90% degli incontri
Individuazione siti pilota	31.3.2019
Configurazione e avviamento siti	30.9.2019
Configurazione siti rimanenti	31.12.2019

Per quanto riguarda la Cartella clinica si prevede di individuare alcune componenti funzionali e di predisporre una analisi dei requisiti, per valutare le soluzioni di mercato più idonee. Le soluzioni individuate saranno declinate e rese operative in alcuni siti piloti opportunamente individuati. Si ricorda che sono già state sospese tutte le iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione gruppo di lavoro	90% incontri
Individuazione siti pilota	30.6.2019
Configurazione e avviamento siti	31.10.2019

Ricetta dematerializzata

L'utilizzo della ricetta dematerializzata deve essere consolidata in maniera definitiva oltre che per quanto concerne l'ambito farmaceutico anche quello della specialistica ambulatoriale, ai Medici di medicina generale, ai Pediatri di libera scelta e agli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Completamento della ricetta dematerializzata	Farmaceutica >90%

Firma digitale

Con l'introduzione e la diffusione di utilizzo del *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE), per consentire di alimentare correttamente il *repository* con tutti gli eventi del paziente, tutti i referti relativi alle prestazioni del SSR devono essere firmati digitalmente. La firma digitale deve essere completata in tutti i reparti e presso tutte le specialità.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Firma digitale	Referti ambulatoriali per interni ed esterni > 95% Laboratorio e microbiologia >98% Radiologia > 98% Lettera di dimissione > 98% Pronto soccorso >98%
Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> da parte dei mmg/pls	Produzione e trasmissione <i>Patient Summary</i> attivato > 80% dei mmg/pls 100% degli accessi

Tutte le Aziende garantiscono la tracciabilità (biffatura su applicativo GECO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura è valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	
---	--

L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico deve essere esteso anche ad alcune strutture sanitarie private accreditate della Regione Autonoma FVG, in ottemperanza agli accordi in vigore ed alle disposizioni dei Ministeri competenti.

Sicurezza informatica

Proseguono le attività già presenti nella pianificazione dell'anno precedente, ma necessarie per la sicurezza dell'infrastruttura delle aziende:

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	31.12.2019

Rinnovamento SIASI

Si prosegue l'analisi degli applicativi che risiedono ancora sul mainframe (SIASI) con l'obiettivo di avviare un percorso di rinnovamento dei sistemi in altro ambiente.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
SALUTE MENTALE:	
Individuazione del sito pilota e pianificazione estensione alle altre aziende	31.1.2019
Configurazione e avviamento del sistema nel sito pilota	31.05.2019
Estensione del sistema ad altre due aziende	31.12.2019
ASSISTENZA TERRITORIALE:	
predisposizione dei requisiti per capitolato tecnico	Partecipazione al gruppo di lavoro (90% delle presenze)

Regolamento europeo GDPR n. 679/2016 e D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lsg. 101/2018

È stato istituito un "Ufficio Privacy" in DCS con l'obiettivo di dare delle risposte pratiche a tutte le problematiche relative alla privacy in Sanità. Questo gruppo darà supporto sia alla DCS, sia alle aziende sanitarie in tutti gli aspetti legati a questo tema. E' opportuno, quindi, procedere ad una formazione specifica per quanto riguarda il nuovo regolamento europeo della privacy rivolto, in prima battuta, a tutte le Direzioni Strategiche.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione obbligatoria del Direttore Generale/Commissario, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario al corso sul trattamento dei dati personali realizzato dalla DCS	Partecipazione al corso

Predisposizione delle informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	50% entro 31.05.2019
	85% entro 30.10.2019
	100% entro 31.12.2019

Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, il 2019 sarà caratterizzato da:

- a. Gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero
 - a. Potenziamento, revisione ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari
 - b. Normalizzazione della gestione delle credenziali, individuazione ed attivazione sistema *Single Sign on*
 - c. Revisione del sistema CUS con particolare attenzione alla scheda medica elettronica (par. 3.6.2)
 - d. Sviluppo e operatività del sistema di tele refertazione per Second Opinion in radiologia pediatrica (par.3.6.4)
 - e. Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata (par. 3.6.6)

- b. Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza distrettuale
 - a. Collegamento informatico presso tutte le sedi aziendali (obt. 4 par. 3.2.1.1)
 - b. Piattaforma di connessione con la medicina generale
 - c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG presso tutte le aziende del SSR
 - d. Avviamento del sistema di logistica, gestione e distribuzione degli ausili, protesi e ortesi in fase di acquisizione dall'ARCS
 - e. Avvio di un tavolo tecnico congiunto (DCS, Federfarma e MMG/PLS) per analizzare tutti i processi che possono diventare "paperless" attraverso l'utilizzo della ricetta dematerializzata

- c. Gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza socio sanitaria
 - a. Adozione e configurazione di un unico strumento regionale per i DSM (obt. 5 par. 3.2.2.4)

- d. Gestione dell'attività dell'Area Welfare (par. 3.2.3)
 - a. supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD
 - b. supporto all'impostazione e all'avvio di un sistema informativo sulla cooperazione sociale
 - c. sviluppo del sistema di VMD Val.Graf-FVG. e supporto all'utilizzo
 - d. revisione processi operativi SIL e adeguamento sistema informativo SILweb

- e. Sistema informativo Cooperazione sociale
 - a. sviluppare un sistema informativo per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali e consentire il monitoraggio delle attività e delle risorse nell'ambito dei servizi sociosanitari, socio assistenziali e socio educativi.

- f. Gestione dell'attività della Odontoiatria pubblica (par. 3.2.4)
 - supporto all'avviamento della cartella clinica elettronica entro il 31.1.2019

- g. Assistenza farmaceutica (par. 3.3)
 - supporto all'avviamento della cartella clinica elettronica entro il 31.1.2019

- h. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:

- a. Potenziamento delle reti geografiche e locali
 - b. Razionalizzazione dei data center aziendali
- i. Sistema direzionale regionale
 - a. Implementazione del *Data Warehouse gestionale*
 - b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili

4.1 Sistema PACS regionale

Per il 2019 le linee di attività di interesse delle Aziende del SSR sono rivolte principalmente all'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS aziendali conseguente al rinnovo del contratto di fornitura regionale in carico ad ARCS. In subordine le Aziende sono chiamate a proseguire, con il coordinamento dell'ARCS quale struttura di supporto della DCS per la gestione del sistema PACS regionale, nell'implementazione dei casi d'uso per la gestione dell'imaging per i flussi emergenziali interaziendali, per l'adozione di una nuova piattaforma di refertazione multimediale e dell'estensione del sistema PACS in ulteriori ambiti clinico/diagnostici.

Resta comunque confermata la necessità di garantire all'impianto PACS regionale la disponibilità della funzione di visibilità a livello interaziendale di referti e delle relative immagini associate.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Rinnovo del sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche	Aggiornamento delle precondizioni impiantistiche e logistiche Supporto tecnico alle attività di installazione.
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale: prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	Le Aziende garantiscono supporto tecnico e clinico nelle attività di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub.
Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, già testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per le attività di collaudo e avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sarà redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.
Proseguimento dell'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ...) in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	Entro marzo ogni Azienda conferma le esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale e predispone un piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS. Entro l'anno ogni Azienda si impegna ad attivare il flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati.
Potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri. Perfezionamento dell'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.	Ogni azienda presenta entro marzo un documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale. ASUITS completa l'integrazione versus il sistema PACS regionale in coerenza con il piano operativo di INSIEL.

5. GLI INVESTIMENTI

5.1 Stanziamenti in conto capitale per il triennio 2019-2020

Il bilancio regionale per il triennio 2019-2021 prevede uno stanziamento in conto capitale complessivamente pari a euro 252 milioni per il finanziamento degli Enti del SSR suddiviso come da seguente tabella:

Stanziamenti in conto capitale 2019-2021 [Importi in milioni di euro]	Esercizio 2019	Esercizio 2020	Esercizio 2021	Totale triennio 2019-2021
di cui per la realizzazione delle tre "grandi opere" di Pordenone, Udine e Trieste	38	38	12	88
di cui stanziati con precedenti leggi di bilancio regionale e già concessi agli enti del SSR	35	9	-	44
di cui previsti sul bilancio 2019-2021 da programmare	45	45	30	120
Totale	118	92	42	252

Sono pertanto pari a euro 120.000.000,00 le risorse finanziarie da programmare per la spesa in conto capitale e per gli investimenti che si sommano a quelle già stanziate e impegnate per il medesimo periodo. Di queste:

- l'importo di euro 113.250.000,00 è programmato sulla base dei Programmi preliminari approvati (ai sensi dell'art. 33 della LR 26/2015) dagli Enti del SSR e in relazione al nuovo assetto istituzionale stabilito dalla Legge regionale di riforma della LR 17/2014. Una prima fase programmatica è definita dalla DCS con gli Enti del SSR nell'ambito della negoziazione ai fini della definizione del Piano Triennale degli Investimenti da inserire nel PAL/PAO 2019;
- l'importo di euro 6.750.000,00 è riservato - in attuazione dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti" - per l'attuazione di interventi non previsti nel programma triennale degli investimenti degli Enti del SSR ed emergenti nel corso del triennio, in misura pari a 2.250.000,00 annui, da ripartire tra questi in misura proporzionale al loro patrimonio.

5.2 Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli 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'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, per le quali prosegue l'estensione per la copertura dei servizi sulla base del programma definito.

5.3 Altre disposizioni

5.3.a) Nel 2019 gli Enti dovranno acquisire il parere della DCS per:

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

5.3.b) Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2020, gli enti del SSR dovranno adottare e trasmettere al NVISS l'aggiornamento annuale del programma preliminare degli investimenti entro il 15 settembre 2019 completo di una relazione illustrativa che evidenzi le finalità e le priorità degli interventi previsti. Gli Enti del SSR dovranno corredare il Programma preliminare, da sottoporre alla valutazione del NVISS, di una relazione sulla

fattibilità, adeguata alla loro rilevanza, riportando tutti gli elementi utili ad effettuare scelte programmatiche consapevoli.

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

6. LE RISORSE FINANZIARIE

Il sistema di finanziamento si inserisce nel percorso di revisione della governance regionale che, nel corso del 2019, dovrà trovare concreta attuazione.

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

Il finanziamento 2019 si articola in due macro voci:

- a) Finanziamento per popolazione e per funzioni, pari a € 2.216.227.906,00
- b) Finanziamento delle sovraziendali, pari a € 129.060.493,00

Finanziamento per popolazione e per funzioni – TAB1

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

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 31.12.2017, pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale 2018, in relazione all'ambito di ciascun ente:

	REGIONE	ASUI TS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS 5
popolazione secca al 31/12/2017	1.215.591	234.691	249.734	167.584	251.502	312.080
popolazione pesata al 31/12/2017	1.382.161	280.994	286.442	192.278	284.675	337.772
popolazione pesata > 65 al 31/12/2017	791.768	169.894	165.131	111.237	161.560	183.946
popolazione pesata al 31/12/2017 oltre 500 m alt.	31.197			27.786	189	3.222

Per ciascun livello assistenziale, è stata considerata la seguente popolazione:

Popolazione pesata:

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

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

- ADI

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

Gli standard sono i seguenti:

- lo standard pro capite per l'attività di ricovero è stato determinato sulla base di un tasso di ospedalizzazione standardizzato del 125 per mille. Complessivamente è di 614,30 euro e remunera per 548,33 euro la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;

- lo standard pro capite per la specialistica ambulatoriale di 200,67 euro, è stato determinato sulla base di 3,4 prestazioni per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio;
- la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, con uno standard di 118,00 euro;
- la distribuzione farmaceutica territoriale diretta per residenti, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata (90%), con uno standard di 72,00 euro che comprende i farmaci per l'epatite C ed esclude quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
- la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, con uno standard di 33,00 euro, esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni);
- per l'AFIR lo standard di 11,00 euro che comprende anche la spesa nei punti vendita commerciali dei prodotti per i celiaci;
- per l'assistenza domiciliare integrata, lo standard è stato fissato a 42 euro; inoltre è stato raddoppiato a 84,00 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili;

Per il livello della prevenzione è stato previsto un finanziamento pari al 5% del finanziamento complessivo 2019, come da art. 14 della L.R. n. 17/2014 ed è stato calcolato sulla popolazione complessiva non pesata.

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

Per le altre prestazioni di assistenza socio sanitaria sono stati considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2017 mentre il finanziamento dell'integrazione sociosanitaria è stato calcolato sulla base del costo per posto letto.

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 e l'emergenza territoriale sono state determinate in base al piano regionale deliberato dell'emergenza urgenza. E' stata finanziata all'AAS2 l'ulteriore ambulanza dislocata a San Giorgio di Nogaro e per il pronto soccorso pediatrico è stata utilizzata la popolazione pediatrica sotto i 14 anni;
- Centro trapianti
- VAD cardiocirurgia
- Centro malattie rare
- AIR medici di medicina generale è comprensivo dei costi sostenuti dalle aziende per gli accordi regionali integrativi ante 2016;
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari.

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.

E' stato altresì previsto un finanziamento per le attività centralizzate presso la nuova Azienda regionale di coordinamento per la salute.

Tabella 1: Finanziamento per funzioni e popolazione

	REGIONE	ASUITS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS 5	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	ARCS
RICOVERI TOTALE	855.798.165,00	176.849.366,00	167.852.510,00	112.183.292,00	193.130.235,00	199.039.562,00	4.000.851,00	2.742.349,00	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	71.639.393,00	13.394.547,00	10.786.549,00	6.750.678,00	21.784.224,00	13.827.604,00	2.353.442,00	2.742.349,00	
7% tariffato	26.272.549,00	9.376.183,00			15.248.957,00		1.647.409,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 125 per 1000)	757.886.223,00	154.078.636,00	157.065.961,00	105.432.614,00	156.097.054,00	185.211.958,00			
pro capite mobilità ultimi 12m	542,54								
standard totale	614,30								
standard mobilità	548,33								
SPECIALISTICA TOTALE	277.358.247,00	56.387.066,00	57.480.316,00	38.584.426,00	57.125.732,00	67.780.707,00			
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)									
pro capite mobilità ultimi 12m	193,93								
standard	200,67								
FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA	163.094.998,00	33.157.292,00	33.800.156,00	22.688.804,00	33.591.650,00	39.857.096,00			
pro capite proiezione 31/12	119,30	121,34	121,85	115,87	120,13	116,69			
standard	118,00								
FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA (90%)	99.515.592,00	20.231.568,00	20.623.824,00	13.844.016,00	20.496.600,00	24.319.584,00			
pro capite proiezione 31/12	71,89	70,37	68,87	67,97	75,19	75,17			
standard	72,00								
FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO	45.611.313,00	9.272.802,00	9.452.586,00	6.345.174,00	9.394.275,00	11.146.476,00			
pro capite proiezione 31/12	32,42	28,31	38,61	33,12	34,33	28,60			
standard	33,00								
PREVENZIONE	117.264.420,00	22.639.938,00	24.091.090,00	16.166.326,00	24.261.644,00	30.105.422,00			
Veterinaria	586.322,00	58.632,00	87.948,00	234.529,00	82.085,00	123.128,00			
standard 5% fondo	96,47	96,47	96,47	96,47	96,47	96,47			
VACCINI	13.188.192,00	2.282.600,00	2.464.679,00	1.929.709,00	3.105.427,00	3.400.084,00	4.768,00	925,00	
ADI	34.564.530,00	7.135.548,00	6.935.502,00	5.838.966,00	6.793.458,00	7.861.056,00			
standard	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00			
standard pop > 500 mt. alt.	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00			
PROTESICA	20.732.415,00	4.214.910,00	4.296.630,00	2.884.170,00	4.270.125,00	5.066.590,00			
standard	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00			
AFIR	15.203.771,00	3.090.934,00	3.150.862,00	2.115.058,00	3.131.425,00	3.715.492,00			
pro capite proiezione 31/12	12,53	15,43	13,86	10,18	11,89	10,88			
standard	11,00								
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	30.900.055,00	6.185.960,00	5.937.706,00	4.327.118,00	7.353.247,00	7.096.024,00			
Altre prestazioni di Socio Sanitaria	65.079.684,00	12.299.894,00	13.173.025,00	8.217.233,00	16.594.667,00	14.794.865,00			
Minori - strutture residenziali e semiresidenziali	3.633.118,00	743.112,00	783.865,00	465.603,00	715.713,00	924.825,00			
Ex art. 26 Disabilità	14.431.306,00	304.631,00	1.997.766,00	2.024.924,00	4.460.228,00	5.643.757,00			
Convenzioni Oneri sanitari strutture residenziali anziani	27.500.055,00	5.059.851,00	5.075.658,00	3.649.416,00	6.776.470,00	6.938.660,00			
Convenzioni/contratti attività riabilitativa salute mentale	14.254.915,00	3.936.984,00	4.522.237,00	1.791.099,00	3.379.249,00	625.346,00			
Convenzioni/contratti attività riabilitativa Dipendenze	5.260.290,00	2.255.316,00	793.499,00	286.191,00	1.263.007,00	662.277,00			
Funzioni socio assistenziali finalizzate	690.000,00	25.000,00			140.000,00	525.000,00			
MEDICINA CONVENZIONATA	129.135.842,00	24.504.937,00	26.997.954,00	17.766.654,00	25.366.904,00	34.499.393,00			
Medici di medicina generale	684.166.533,00	17.196.709,00	18.702.159,00	11.714.843,00	17.504.453,00	23.298.489,00			
Costo Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	74.384.697,00	15.865.879,00	15.558.452,00	10.108.421,00	14.146.225,00	18.705.720,00			
Costo Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.)	14.031.956,00	1.330.830,00	3.143.707,00	1.606.422,00	3.358.228,00	4.592.769,00			
Pediatrati di libera scelta	17.832.807,00	3.117.694,00	3.518.473,00	2.214.331,00	3.586.051,00	5.396.258,00			
Continuità assistenziale e altro	15.499.080,00	2.279.815,00	3.215.221,00	3.067.760,00	2.602.279,00	4.334.005,00			
Specialisti ambulatoriali	7.387.302,00	1.910.719,00	1.562.101,00	769.720,00	1.674.121,00	1.470.641,00			
Emergenza territoriale e centrale operativa	44.112.437,00	6.481.595,00	10.450.327,00	8.435.428,00	6.658.850,00	10.086.237,00			2.000.000,00
Pronto soccorso	64.564.963,00	9.211.394,00	14.097.508,00	6.509.732,00	16.471.107,00	15.946.537,00	2.328.685,00		
Finanziamento ricerca IRCCS da art.2 C.1 bis L.R. 34/2006	18.594.000,00						9.297.000,00	9.297.000,00	
Centro regionale trapianti e VAD	1.704.800,00				1.704.800,00				
Centro regionale malattie Rare	700.000,00				700.000,00				
Funzioni per lo screening metabolico, protesi oculari, fibrosi cistica	1.200.000,00						1.200.000,00		
Finanziamento Area Welfare	1.200.000,00		1.200.000,00						
Attività centralizzate EGAS con DGR 2036/2016	14.763.441,00								14.763.441,00
Finanziamento 2019	2.001.788.673,00	391.688.204,00	399.539.996,00	265.906.397,00	427.184.719,00	471.840.031,00	16.826.536,00	12.039.349,00	16.763.441,00
Ulteriore quota da ripartire a seguito della negoziazione	214.439.233,00								

Finanziamento delle sovraziendali – TAB2

Nel finanziamento delle c.d. sovraziendali, assegnato alle singole Aziende del S.S.R., rientrano le seguenti tipologie di spese:

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

L'Azienda titolare del finanziamento, qualificata come "Ente gestore" nella Tabella 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. L'approvazione di tale rendicontazione, da parte della Regione, è condizione per l'attribuzione del finanziamento definitivo.

Nelle c.d. sovraziendali è prevista una quota di riserva prudenziale assegnata all'ARCS, per il finanziamento di spese impreviste nel corso del 2019 o la cui entità non è oggi puntualmente definibile in quanto non ancora normata o mancante degli elementi oggettivi di calcolo e/o previsione (es. CCNNLL, farmaci innovativi, ecc.). La ripartizione di suddetta quota alle Aziende del S.S.R. avverrà nel corso dell'anno 2019 – anche sulla base degli esiti della negoziazione - sulla base di motivata valutazione ed autorizzazione della Direzione Centrale Salute.

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

Tabella 2: Finanziamento attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. sovraziendali)

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2019	Ente gestore	Note
1	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	63.000,00	ARCS	DPCM 3 marzo 2017
2	Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria	285.000,00	DCSISPS	Linea prevenzione LR 9/2015, art.3, comma 4, lettera e)
3	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	ASUIUD	Linea prevenzione DGR 2271/2012
4	Prevenzione, trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo	60.000,00	A.A.S. 2	L.R.1/2014
5	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	110.000,00	A.A.S 3	Linee di Gestione 2018 e 2019 (obiettivo 3.1.7)
6	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute	30.000,00	A.A.S 5	Linee di Gestione 2019 (obiettivo 3.1.14)
7	Screening cardiologico	400.000,00	ASUI TS	DGR n.2084 del 09/11/2018
8	Progetto sulla comunicazione istituzionale	30.000,00	Burlo	Linee di Gestione 2018 (obiettivo 3.2.1)
9	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici	70.000,00	ARCS	L.R. 28/1990 e alla DGR 1588/2008
10	Progetto odontoiatria pubblica	1.500.000,00	ASUI TS	DGR 1681/2017
11	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	ASUIUD	Linea centralizzazione
12	Spese di funzionamento Ceformed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.785.000,00	A.A.S 2	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
13	Rimborso oneri per indennizzi L. 210/92	827.828,00	ARCS	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
14	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
15	Finanziamento Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	52.285,00	ASUI TS	LR 25/2016, art. 9, commi 1 e 2
		23.168,00	A.A.S 2	
		16.388,00	A.A.S 3	
		56.672,00	ASUIUD	
		51.487,00	A.A.S 5	
16	Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	156.585,00	ASUI TS	Attività DGR 1671/2016
		228.943,00	A.A.S 2	
		156.585,00	A.A.S 3	
		228.943,00	ASUIUD	
		228.944,00	A.A.S 5	
17	Progetto regionale OMS – Regions for Health Network (RHIN)	30.000,00	ARCS	DGR 945 del 24/05/2017
18	Progetto Comunicatori verbali	39.000,00	ASUI UD	Linea centralizzazione
19	Finanziamento Soccorso Alpino	160.000,00	ARCS	L.R.24/2017 art. 16 comma 5
20	Rimborsi iscrizione volontaria SSN 2017-2018	5.453,00	ARCS	Linea centralizzazione
21	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	2.920,00	ASUI TS	DGR n. 623/2015 e DGR 1910/2018
		1.009.601,00	A.A.S 2	
		1.153,00	A.A.S 3	
		99.481,00	ASUIUD	
22	Piano superamento OPG - quota compensazione regionale	187.662,00	A.A.S 2	Attività DGR 622/2015
		187.662,00	A.A.S 3	
23	Programmi di abilitazione/riabilitazione salute mentale minori e budget di salute	100.000,00	ASUI TS	DGR 122/2018
		100.000,00	A.A.S2	
		100.000,00	A.A.S3	
		100.000,00	ASUIUD	
24	Progetti d'inserimento sia diurno che pomeridiano di persone preadolescenti e adolescenti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo (disturbi dello spettro autistico)	100.000,00	ASUIUD	DGR 1910/2018
		100.000,00	ASUIUD	
25	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00	A.A.S 5	DGR 1910/2018
26	Assunzione di personale delle Aziende Sanitarie	250.000,00	ASUIUD	Intervento specifico (LR 12/2009 art.10 comma 11)
27	Piano sangue regionale	4.050.000,00	A.A.S2	Linea centralizzazione
28	Elisoccorso	6.300.000,00	ASUIUD	Linea centralizzazione
29	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
30	Assicurazioni RC - polizza	3.649.164,00	ARCS	Linea centralizzazione
31	Assicurazioni RC - fondo copertura 2018	10.522.011,00	ARCS	Linea centralizzazione
32	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del SSR (importi oneri inclusi € 2.445.788 comparto; € 692.629 dirigenza; € 509.778 personale elisoccorso)	31.791.239,00	ARCS	Linea centralizzazione
33	Piano della formazione, della comunicazione e studi	530.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
34	Piano per la valutazione del patrimonio edile impiantistico del SSR (Primafase) e per realizzazione di studi di fattibilità e progettazioni preliminari per appalti pubblici	400.000,00	ASUI TS	Attività DGR 2559/2015
		400.000,00	ASUIUD	
35	Obiettivo Flussi Ministeriali	220.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
36	Ulteriore finanziamento per Liste d'Attesa	915.676,00	ASUI TS	L.R. 7/2009
		933.539,00	A.A.S 2	
		626.470,00	A.A.S 3	
		926.301,00	ASUIUD	
		1.098.014,00	A.A.S 5	
37	Progetti internazionali	100.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
38	Istruttoria tecnica dei progetti di efficientamento energetico nel settore sociosanitario	80.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
39	Attività di supporto al Ministero della salute nel settore dei dispositivi medici	40.000,00	ASUI TS	Linea centralizzazione
40	Quota di riserva	43.176.474,00	ARCS	Linea centralizzazione
41	Accantonamenti per rinnovi contrattuali 2019-2021	10.000.000,00	ARCS	Linea centralizzazione
42	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.953.000,00	ARCS	Intervento specifico (LR 19/2006 art.30)
TOTALE FINANZIAMENTO 2019		129.060.493,00		

7. LE REGOLE GESTIONALI

7.1. Vincoli operativi

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

- Per la *Farmaceutica territoriale* (diretta + convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella Tabella 1: "Finanziamento Enti SSR";
 - Fonte dati diretta: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".
 - 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 2018 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente al netto dei vaccini e dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA), compresa la quota della distribuzione diretta (10%).
 - Fonte dati: Flussi N-SIS+"minsan fittizi".

Ente erogante	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2017)	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2018)	Δ	Δ%
ASUI-TS	15.963.672 €	15.811.193 €	-152.479 €	-0,96%
AAS 2	9.139.051 €	9.524.520 €	385.470 €	4,22%
AAS 3	4.248.606 €	3.953.183 €	-295.423 €	-6,95%
ASUI-UD	31.540.761 €	32.613.891 €	1.073.130 €	3,40%
AAS 5	11.613.409 €	11.790.390 €	176.981 €	1,52%
IRCCS Burlo Garofolo	2.612.554 €	2.257.229 €	-355.324 €	-13,60%
IRCCS CRO Aviano	18.547.364 €	20.317.848 €	1.770.484 €	9,55%
Totale	93.665.416 €	96.268.255 €	2.602.838 €	2,78%

- Sulla base dei dati di gennaio-ottobre 2018, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera, comprensiva della quota della diretta, pari al 2,78%, (esclusi i vaccini e i farmaci per la SMA) rispetto al corrispondente periodo gennaio-ottobre 2017. Inoltre, per alcuni medicinali, in particolare oncologici/oncoematologici, l'erogazione della terapia avviene da parte di specifici centri selezionati, la cui incidenza sulla spesa ospedaliera complessiva (in media intorno al 22%) presenta valori disomogenei tra aziende (dal 1,2% al 28,3%), anche a seguito della maggior attrazione (intra ed extraregionale) di alcuni Enti rispetto ad altri (ASUI-UD e CRO).
- Per il 2019 le aziende che hanno fatto registrare nel 2018 vs 2017 (gennaio-ottobre 2018):
 - ✓ un incremento della spesa superiore al 2,78% (AAS2) dovranno ridurre del 2% il valore registrato nell'anno 2018;
 - ✓ un incremento della spesa inferiore al 2,78% (AAS5) dovranno ridurre dell'1% il valore registrato nell'anno 2018;
 - ✓ una riduzione della spesa rispetto al periodo gennaio-ottobre 2017 (ASUI-TS, AAS3 e Burlo) dovranno ridurre dello 0,5% il valore registrato nell'anno 2018;

✓ un incremento della spesa superiore al 2,78% e un'incidenza della spesa ospedaliera dei farmaci con centri selezionati superiore alla media regionale del 22% (ASUI-UD e CRO), dovranno mantenere il valore registrato nell'anno 2018.

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

- Per i *Dispositivi medici*, le aziende dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2018.
- Il vincolo per il numero di *prestazioni ambulatoriali* per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.
- Il vincolo del *tasso di ospedalizzazione* di ogni Azienda è fissato al 125,00 per mille.
- *Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche* dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
- In relazione alla *spending review* le aziende dovranno fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR 1813/2015.

7.2. Azioni operative

Esercizio provvisorio

Fino all'approvazione del bilancio preventivo 2019 le Aziende possono sostenere costi mensili nel limite di 3/12 dei ricavi iscritti nell'ultimo bilancio preventivo approvato.

Percorsi attuativi della certificazione - PAC

Conclusa nel 2018 la fase sperimentale presso il CRO di Aviano, nel corso dell'anno 2019 la nuova Azienda Regionale di coordinamento per la salute – cui sono delegate anche le funzioni di GSA ai sensi della L.R. n. 27 del 17.12.2018 – dovrà definire un documento di analisi della situazione in essere ed un cronoprogramma operativo di implementazione e realizzazione degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende secondo il nuovo assetto della governance del SSR di cui alla citata L.R. 17/2018.

SIOPE +

La materia è regolata dall'art.14, comma 8-bis della L. 196/2009. Con SIOPE+ gli ordinativi dovranno essere trasmessi attraverso un'unica infrastruttura informatica, secondo lo standard definito da Agid, alla Banca d'Italia, la quale provvederà poi a trasmetterli al tesoriere per la loro lavorazione. Le aziende sanitarie sono passate nel nuovo sistema a partire dal 1° ottobre 2018. Dal 1 gennaio 2019 dovranno applicare il programma SIOPE + gli IRCCS e l'ARCS.

7.3. Regole metodologiche di gestione

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi.

Relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, la Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà ad inoltrare alle Aziende specifico documento tecnico.

7.3.1. Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2019, i dati delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di farmaceutica territoriale diretta, erogate a favore dei cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni. La compensazione della mobilità avverrà a livello centralizzato; per la redazione del bilancio preventivo la Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia 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 2018 tutti i centri prelievi sul territorio dovranno essere configurati come punti di accettazione dell'impegnativa del centro hub di riferimento. In tal modo la rilevazione dell'attività avverrà direttamente nel centro hub. Infatti all'interno della quota di abbattimento sopra riportata, il centro hub remunera anche l'attività di prelievo e di accettazione ai punti prelievo di riferimento.

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

Ai fini della rilevazione dei dati, in attesa del collaudo del nuovo sistema Siasa - File F, viene utilizzato il flusso NSIS della distribuzione diretta (D.M. 31 luglio 2007). Per il 2019, tenuto conto delle stime sui setting di utilizzo secondo cui circa l'90% della spesa è ascrivibile ad una diretta territoriale, nelle matrici di mobilità intra-regionale sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata nel 2019 di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).

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

Per i pazienti extra-regione la compensazione dei medicinali erogati in distribuzione diretta continua con le modalità già in essere. La tabella seguente riporta i dati relativi alla proiezione al 31/12/2018 della distribuzione diretta per pazienti extra-regionali distinta per ente erogante.

Ente erogante	Quota extra-regione
ASUI-TS	358.972,01
AAS 2	229.756,12
AAS 3	11.895,16
ASUI-UD	477.419,97
AAS 5	688.846,77
BURLO	26.114,75
CRO	5.394.405,63
TOTALE FVG	7.187.410,42

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

7.3.2. Mobilità extraregionale

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

La mobilità extraregionale del 2019 nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2019 sarà quella relativa alla matrice del FSN 2018.

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

L'art. 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'art. 1 della L. n. 208/2015 prevede che: *“le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella in cui insistono le strutture, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti nella regione in cui sono ubicate le strutture. Le regioni individuano, nell'ambito del contratto stipulato con le strutture sanitarie, le misure sanzionatorie da applicare alle strutture che non rispettano la presente disposizione”*.

7.3.3. Mobilità internazionale

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

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

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

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

Le Aziende proseguono con la gestione e l'implementazione del sistema “Assistenza sanitaria per i paesi esteri” – ASPE e, in concomitanza e secondo la tempistica e le modalità individuate dal Ministero della Salute, collaborano

alla fase sperimentale di transizione verso l'utilizzo della rete telematica di interscambio di informazioni di sicurezza sociale in Europa (EESSI) di cui, a partire dal 1 luglio 2019, costituiranno uno degli interlocutori principali.

Ai sensi dell'art. 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 esclusivamente per via telematica attraverso il progetto informatico curato dalla Commissione Europea (Progetto EESSI) Progressivamente i sistemi ASPE ed NSMI TECAS attualmente in uso saranno abbandonati e sostituiti dalla nuova piattaforma europea.

La transizione sarà supportata dal Ministero con momenti di formazione/informazione nei confronti delle Aziende sanitarie che in qualità di Istituzione competente sono invitate ad istituire appositi Uffici centralizzati con la funzione di nodo di arrivo e di partenza delle singole richieste veicolate dalla rete EESSI. Le Aziende sanitarie porranno in atto, in sinergia col Ministero della Salute e con la Regione, tutte le iniziative necessarie per consentire l'avvio della sperimentazione fino alla definitiva introduzione e passaggio al sistema EESSI.

Gli Uffici centralizzati di 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. Le Aziende saranno quindi sempre più chiamate ad organizzare reti sinergiche interne per affrontare situazioni sempre meno standardizzate e trasversali rispetto agli aspetti normativi, economici, autorizzativi, sanitari.

7.3.4 Fondo assicurativo

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

7.3.5 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 2019, la quota relativa all'abbattimento rette nelle residenze per anziani non autosufficienti, stanziata sul capitolo 4499, pari a Euro 52.000.000,00 viene assegnata ad inizio anno alle Aziende in base al finanziamento storico.

Nei servizi semiresidenziali, la quota di Euro 700.000,00 relativa all'abbattimento rette per non autosufficienti, stanziata sul capitolo 8408, viene assegnata ad inizio anno alle Aziende in base al finanziamento storico.

8. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Principi generali

La gestione delle risorse umane è volta ad accompagnare il nuovo assetto del servizio sanitario regionale che verrà a delinearsi e realizzarsi nel prossimo periodo. Essa si inserisce nel contesto di programmazione del 2019 e dovrà essere orientata a predisporre le azioni operative per i nuovi assetti organizzativi.

A tale fine, in attesa del definitivo consolidamento delle nuove aziende del SSR, la manovra assunzioni dei singoli enti dovrà essere attentamente valutata e potrà realizzarsi esclusivamente nell'ambito delle risorse disponibili.

Permangono i vigenti vincoli nazionali stabiliti in materia di personale e la necessità del loro conseguimento nell'anno 2020, fino a quando non sarà attuata la revisione di tale normativa secondo quanto stabilito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 19 aprile 2018.

A tal fine, stante la necessità di adottare misure di contenimento della spesa del personale si stabilisce che il tetto di spesa del personale per il 2019 non deve superare il costo che è stato proiettato dalle aziende ed enti al 31.12.2018 in sede di 2 rendiconto infrannuale 2018, diminuito dell'1%.

Conseguentemente, il tetto 2019 per ciascuna azienda, viene indicato nella tabella che segue.

	proiezione costo del personale al 31.12.2018 2 report	1%	tetto 2019
ASUITS	196.368.000,00	1.963.680,00	194.404.320,00
AAS2	161.854.733,82	1.618.547,34	160.236.186,48
AAS3	98.727.119,00	987.271,19	97.739.847,81
ASUIUD	244.967.451,00	2.449.674,51	242.517.776,49
AAS5	175.449.759,53	1.754.497,60	173.695.261,93
BURLO	35.934.920,00	359.349,20	35.575.570,80
CRO	32.797.406,00	327.974,06	32.469.431,94
TOTALE	946.099.389,35	9.460.993,89	936.638.395,46

Il costo del personale dovrà essere, altresì parametrato al valore della produzione: si tenga conto che la dotazione di personale dipendente del SSR dal 2015 al 2018 ha registrato un trend in crescita di dimensioni significative, mentre non si può affermare altrettanto per il valore della produzione.

L'incidenza della voce costo del personale sul totale del valore della produzione, a livello regionale ha raggiunto eccessivi valori percentuali rispetto ai dati medi nazionali. Tale incidenza dovrebbe essere, tendenzialmente, riportata ad una percentuale più in linea con i valori nazionali.

Il rispetto del tetto di costo del personale 2019 dovrà essere oggetto di un costante monitoraggio, anche in rapporto ai valori della produzione delle Aziende.

A tale fine l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, per il tramite anche di una Commissione regionale, è deputata a predisporre un periodico monitoraggio nonché stabilire le opportune metodologie da adottarsi per il controllo dell'obiettivo di costo. In presenza di un trend in crescita del valore della produzione, potrà essere consentito il superamento dei tetti di spesa sopraindicati.

All'interno del limite di costo così stabilito, le aziende nel 2019 dovranno predisporre la manovra di personale.

La manovra va presentata indicando la dotazione organica per profilo professionale al 31.12.2018 e quella programmata al 31.12.2019. Coerentemente va compilata la scheda dei costi sulla base dello schema che sarà fornito dagli uffici della Direzione Salute.

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

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO

Con nota prot. n. 17684 del 29.09.2018 è stato diramato alle aziende il documento predisposto dal gruppo tecnico recante "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche". Per quanto riguarda l'anno 2018 il documento ha evidenziato che gli atti di programmazione regionale

e aziendale, con riferimento alla manovra del personale per il 2018 risultavano coerenti con le previsioni della direttiva Ministeriale che fa espressamente salvi i Piani di fabbisogno già adottati.

Per quanto riguarda il piano dei fabbisogni riferito al triennio 2019-2021, tale documento si inserisce nel contesto di definizione del processo di revisione istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, con la conseguenza che per gli enti coinvolti, le nuove dotazioni organiche finalizzate all'individuazione dei fabbisogni di personale non potranno che essere definite a partire dall'esercizio 2020. Ne deriva che i Commissari straordinari nominati a decorrere dal 1.01.2019, dovranno predisporre nel corso del prossimo anno tutti gli atti necessari e propedeutici per l'adozione del piano dei fabbisogni per il triennio 2020-2022, oltre alla manovra del personale per l'anno 2019.

Diversamente, gli enti: IRCCS CRO di Aviano, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste ed Azienda Sanitaria Friuli Occidentale devono adottare il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2019-2021 all'interno del PAO/PAL 2019.

Nell'ambito del vincolo di spesa individuato per il 2019 gli enti: IRCCS CRO di Aviano, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste ed Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, provvedono a definire il fabbisogno di personale presunto al 31.12.2019 - 2020 e 2021.

RISORSE REGIONALI AGGIUNTIVE e PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

A decorrere dal veniente esercizio 2019, con specifico riferimento alle risorse destinate alle premialità, deve trovare piena applicazione la serie di indirizzi contenuta negli artt. 6 e 81 del CCNL 21.05.2018 del personale del comparto, con la conseguenza che le risorse dovranno essere distribuite secondo un appropriato uso degli istituti contrattuali che contrasti logiche di automatismo e di distribuzione generalizzata con il vincolo necessario che non debbano trasformarsi in meri vantaggi economici aventi caratteristiche di stabilità e il loro impiego delle risorse deve avvenire rispetto alle performance organizzativa ed individuale.

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

In sede di Accordo con le OO.SS. dovranno altresì essere definiti i nuovi criteri di utilizzo e l'entità del finanziamento delle RAR, valutando comparativamente il possibile ricorso - in determinate fattispecie - all'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale del comparto ai sensi della L. n. 1/2002 e s.m.e.i. e del personale della dirigenza ai sensi degli articoli 55 del CCNL 8.06.2000 e 18 del CCNL 3.11.2005

Fatte salve diverse indicazioni definite a livello nazionale e/o contrattuale, le condizioni per ricorrere all'istituto delle prestazioni aggiuntive del personale del comparto sono riconducibili nell'accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali.

Si deve rilevare che tale fattispecie ricorre esclusivamente nelle seguenti ipotesi:

- in attesa dell'espletamento di procedure concorsuali;
- in attesa dell'utilizzo di graduatorie concorsuali realizzate a livello regionale.

L'istituto non è riferibile ad altre casistiche, quali la generica carenza infermieristica. Le figure professionali interessate all'istituto sono esclusivamente: gli infermieri e i tecnici sanitari di radiologia medica.

Per quanto riguarda la dirigenza del ruolo sanitario in via sperimentale per l'anno in corso, potrà essere finanziato ed assegnato un budget iniziale a ciascuna azienda ed Ente del SSR da destinare esclusivamente all'acquisto di prestazioni aggiuntive del personale della dirigenza sanitaria, riducendo corrispondentemente l'importo del finanziamento delle RAR, previa intesa sindacale.

Il ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive dovrà in ogni caso essere preventivamente autorizzato dalla Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità.

8.1. Formazione

Il bisogno d'innovazione in sanità, nella gestione dei processi, negli strumenti di controllo e valutazione, nell'efficientamento delle prestazioni, nella qualità ed appropriatezza delle cure passa anche attraverso la funzione della Formazione.

In tale contesto il sistema regionale ECM è stato recentemente oggetto di un significativo assestamento e nel corso del 2018 ha ulteriormente sviluppato gli obiettivi di efficienza e qualità anche in relazione a quanto previsto nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 2 febbraio 2017.

PRIORITÀ REGIONALI SU ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

Applicativo gestionale per la formazione

Gli enti del SSR utilizzano un applicativo per la gestione della formazione messo a loro disposizione dalla Regione. Tale sistema, nel corso del 2019, dovrà trovare uno sviluppo completo di funzionalità necessarie ad un efficientamento dei processi quali ad esempio l'attivazione dei ruoli previsti nel processo di formazione, la raccolta del fabbisogno, la rilevazione delle ricadute formative, la gestione della formazione extra sede, la notifica degli avvisi, la trasmissione telematica di documenti alle varie figure interessate, la produzione di documenti di statistica. Il predetto sviluppo si pone come finalità un significativo risparmio in termini di risorse umane impiegate nei processi, un aumento dell'efficacia ed il coinvolgimento proattivo di altri ruoli/figure coinvolti a diverso titolo nei processi formativi (aumento della partecipazione) ed una conseguente riduzione del rischio di errore.

Avvio a regime della FAD regionale.

Alcuni CC.NN.LL recentemente sottoscritti confermano che *"le aziende e gli enti [...] garantiscano l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalla disposizioni da parte del personale interessato nell'ambito della formazione obbligatoria",* inoltre, *"al fine di ottimizzare le risorse disponibili per garantire la formazione continua a tutto il personale del ruolo sanitario [...] e la formazione in genere al personale degli altri ruoli, nelle linee di indirizzo sono privilegiate le strategie e le metodologie coerenti con la necessità di implementare l'attività di formazione in ambito aziendale ed interaziendale, favorendo metodi di formazione che facciano ricorso a mezzi multimediali [...]"*.

Richiamate tali premesse, la FAD, per le tipologie di eventi formativi a più elevata standardizzazione e ripetibilità, ovvero integrata con le modalità di formazione tradizionali (*blended*), rappresenta dunque un'utile strumento per consentire ai professionisti di adempiere agli obblighi formativi e disseminare in modo sostenibile le attività di formazione.

La piattaforma regionale di *e-learning* HTL nel 2019 dovrà trovare piena applicabilità attraverso l'integrazione con un gestionale della formazione, consentendo agli uffici preposti di gestire la FAD con efficienza ed all'interno di un unico sistema interconnesso.

La messa in opera di un *team* di progettisti e tecnici informatici che gestiscano *layout* uniformi nei contenuti degli eventi formativi di FAD ed un servizio di *help desk* rappresenta elemento che dovrà trovare attuazione nel 2019.

Obiettivo aziendale ARCS	Risultato atteso
1. Creazione di un team di progettisti e tecnici informatici che gestiscano i progetti di FAD regionale.	1. Creazione del team entro il 30.06.2019
2. Accredimento di eventi FAD regionali gestiti su piattaforma HTL.	2. Accredimento di n. 2 eventi FAD entro il 30.09.2019

Obiettivo aziendale enti SSR	Risultato atteso
1. Accreditemento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL. 2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" agli eventi	1. Accreditemento di n. 1 evento FAD entro il 30.09.2018; 2. Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 30.11.2019

Avvio a regime della modalità "iscrizioni on line"

La modalità di "iscrizione on line" è un prerequisito necessario a dare significato compiuto alla diffusione della FAD ma utile anche per la formazione residenziale. Come tale dovrà trovare piena applicazione con il superamento dei limiti legati ai sistemi di autenticazione da parte dei fruitori e con la definizione degli alberi decisionali interni alle organizzazioni. Circa quest'ultimo aspetto verrà effettuata una valutazione per l'aggiornamento del Portale SSD con previsione di un link diretto di "autorizzazione iscrizioni on-line" attualmente presente nel solo portale ECM.

Dossier formativo

Il dossier formativo di gruppo è uno strumento già contemplato nel già citato Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 2 febbraio 2017: nel 2019 dovrà trovare attivazione di un tavolo di lavoro per l'analisi di fattibilità dello strumento.

Attività proposte dagli organi del Sistema regionale ECM

Gli organi del Sistema regionale ECM hanno proposto una serie di attività che sono riassunte di seguito.

1. Sviluppo dei profili di competenza delle figure coinvolte nei processi formativi: definire ulteriormente il percorso per addivenire ad un modello comune su tutto il territorio regionale;
2. Valutazione della formazione continuando con lo sviluppo dei seguenti filoni:
 - a. valutazione del *provider* e dell'evento nei tre livelli:
 - i. dei requisiti formali degli eventi;
 - ii. della qualità globale del *provider*;
 - iii. della qualità globale dell'evento formativo in atto¹.
 - b. valutazione degli esiti dell'evento:
 - i. efficacia percepita dai partecipanti;
 - ii. efficacia percepita da tutti gli attori del sistema;
 - iii. efficacia reale dell'evento (conoscenze, comportamenti)
 - iv. efficacia reale dell'evento.
3. Formazione dei formatori: proseguire il percorso di formazione dei formatori articolato su due livelli:
 - a. livello base: dedicato a tutti gli attori della formazione, strutturato secondo un percorso organico che consideri tutti gli aspetti fondamentali della formazione, articolato in moduli frequentabili separatamente ed offerto ai professionisti interessati del SSR e dei provider accreditati;
 - b. livello avanzato (corsi di perfezionamento) realizzato in collaborazione con le Università del Friuli Venezia Giulia e con altre riconosciute istituzioni/professionisti esterni e dedicato a coloro che intendono specializzarsi nella formazione.
4. Qualità della formazione erogata e degli esiti: costruire un sistema di miglioramento continuo della qualità degli eventi formativi e degli esiti della formazione che:
 - a. prenda in considerazione sia la formazione residenziale sia la FSC sia la FAD;
 - b. preveda l'uso integrato di sistemi sia quantitativi che qualitativi;
 - c. sviluppi sia un modello "leggero" e flessibile (es. CAWI) da applicare in modo estensivo alla produzione formativa sia un modello in grado di realizzare misurazioni puntuali ed intensive da applicare alla parte strategicamente rilevante della formazione erogata (Es. Espero4care);
 - d. tenga conto dell'opportunità di considerare:
 - i. il livello di apprendimento dei partecipanti;

- ii. il livello di gradimento da parte degli attori della formazione;
 - iii. gli esiti della formazione in termini di cambiamenti nei comportamenti dei professionisti e delle organizzazioni;
 - iv. i risultati in termini di salute dei cittadini.
- e. abbia come *focus* sia l'evento formativo sia il *provider*;
 - f. garantisca sia il livello minimo accettabile sia i percorsi verso l'eccellenza;
 - g. sia, infine, efficace, organico, sostenibile, flessibile ed in grado di fornire utili orientamenti operativi agli attori della formazione.

Formazione manageriale

L'individuazione di competenze di livello specialistico che debbono essere diffuse nei ruoli di direzione (generale, sanitaria, amministrativa e tecnico – professionale) presuppone che venga avviata una puntuale attività di raccolta del fabbisogno e successiva erogazione di corsi formativi che consentano di creare figure dotate di competenze per il governo strategico di un sistema complesso come quello sanitario, nelle sue varie articolazioni.

Formazione specialistica tecnico – amministrativa e manageriale

Al *middle management* del Sistema sanitario vengono assegnate sempre maggiori obiettivi e compiti in un campo d'azione con vincoli crescenti: la valorizzazione di un profilo di competenze, solide e flessibili al tempo stesso, in grado di contribuire al governo delle trasformazioni in corso del Sistema sanitario è una opportunità che nel corso del 2019 assumerà forma con la definizione di corsi formativi *ad hoc* istituiti sulla base delle indicazioni che saranno fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ed attivati presso gli enti accreditati.

Corso direttori di SOC

La normativa vigente prevede che i direttori di struttura complessa debbano superare un corso *ad hoc* (D.Lgs n. 502/92 e successive modifiche, Art. 15, comma VIII). Nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia le prime edizioni del corso si sono svolte nel 2018.

Nel 2019 proseguiranno con la conclusione della II edizione, la realizzazione della III e IV e l'avvio della V.

8.1.1 Ceformed

Il Centro regionale di formazione per l'area delle cure primarie svolge tuttora le sue attività limitatamente alle professioni convenzionate: MMG, PLS, SAI (ad esclusione quindi dei farmacisti, se non per sporadiche iniziative). Si ravvisa la necessità di una progressiva evoluzione che nel tempo lo porti a dedicarsi all'organizzazione di attività di formazione continua rivolta a tutto il personale – dipendente e convenzionato – che concorre al sistema distrettuale, nell'ambito della c.d. assistenza primaria. Pertanto, sin d'ora, le iniziative di formazione permanente, ivi incluse quelle congressuali, dovranno per quanto possibile puntare sulla multidisciplinarietà e sulla multiprofessionalità, privilegiando la scelta di tematiche trasversali e prevedendo - per quanto possibile - l'integrazione e il coinvolgimento anche di altre professioni sanitarie.

Nelle more della ridefinizione dei compiti e delle funzioni di Ceformed, che – preve opportune modifiche legislative - andrà incardinato nella costituenda Azienda regionale di coordinamento per la salute – ARCS, le attività andranno organizzate secondo le seguenti indicazioni.

I temi da privilegiare sono quelli correlabili agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale declinati nei tre Accordi Collettivi Nazionali (per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie) resi attuativi in data 21 giugno 2018, riguardanti:

- il Piano Nazionale della Cronicità (PNC),
- il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-19 (PNPV),
- l'accesso improprio al pronto soccorso,
- il governo delle liste di attesa e dell'appropriatezza.

L'identificazione dei temi su cui condurre le iniziative, sia a livello regionale, sia a livello di ogni singola azienda (nel rispetto di una certa autonomia in funzione di specifiche priorità) deve per quanto possibile evitare la logica in base alla quale ogni singolo ambito clinico specialistico ritiene che i temi di proprio interesse siano prioritari in termini di

importanza e urgenza e vadano pertanto proposti top-down alla medicina generale ed alla pediatria di libera scelta come eventi formativi/informativi; in particolare, questo fenomeno – che si manifesta in genere ad ogni uscita di un nuovo PDTA regionale – va ricondotto alle tematiche e alle fenomenologie tipiche delle attività territoriali/distrettuali, che hanno riguardo dei fenomeni inerenti alla comorbidità, alla complessità e alla fragilità (stratificazione del rischio e dell'intensità assistenziale/di cura) in un superamento della logica a silos per PDTA monopatologia.

L'organizzazione delle attività formative (nell'ambito della c.d. formazione permanente) deve prioritariamente tener conto delle AFT come sedi privilegiate di monitoraggio e di confronto tra pari su obiettivi, indicatori, percorsi, risultati. Pur nella definizione monoprofessionale delle AFT, vanno incentivate in tale sede iniziative di confronto interdisciplinare e interprofessionale.

Nell'ambito delle diverse attività formative e particolarmente tra quelle di dimensione congressuale, vanno adeguatamente previsti opportuni spazi dedicati a temi di politica sanitaria, di organizzazione dei servizi, di utilizzo di strumenti (quali ad esempio sull'uso e implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico).

L'offerta di iniziative deve essere tale da poter soddisfare il fabbisogno formativo sia per quanto previsto negli Accordi Collettivi Nazionali sia per quanto riguarda la possibilità di conseguire gli obiettivi di AFT di cui all'art. 3 dell'AIR 2016-2018 per i MMG.

È opportuno un calendario unico regionale per iniziative regionali / aziendali / distrettuali / di AFT.

Per quanto possibile, le attività formative di AFT (audit, formazione tra pari) vanno accreditate come FSC, anche al fine di rendere coerente l'offerta formativa con la necessità di concorrere alla copertura del debito formativo in termini di crediti ECM.

Le attività didattiche di formazione specifica in medicina generale andranno opportunamente riorientate anche attraverso la ridefinizione di una job description della professione coerente con la riorganizzazione delle attività distrettuali e del ruolo della Medicina Generale al suo interno. Il programma triennale dovrà esser reso coerente con quanto sopra, tempestivamente definito e reso disponibile ai discenti, ai docenti, alle Aziende interessate nel percorso didattico, al Comitato di indirizzo e alla Direzione centrale salute. In particolar modo andranno ripensati conseguentemente contenuti e metodologie didattiche, secondo indicazioni che verranno condivise in sede di Comitato di indirizzo.

Si auspica anche per la formazione specifica l'avvio di attività didattiche sinergiche per una formazione congiunta, su argomenti specifici, con altre figure/profili professionali.

Ceformed curerà l'organizzazione delle giornate di formazione per gli UDMG, secondo indicazioni – opportunamente condivise - che saranno fornite a cura della DCS.

Ceformed curerà altresì l'organizzazione di ogni altra iniziativa pertinente al mandato eventualmente prevista, secondo indicazioni, condivise in Comitato di indirizzo, che saranno fornite a cura della DCS (esempio: corso per medici di emergenza territoriale). Lo sviluppo di conoscenze e di competenze settoriali, possibilmente a livello di ogni AFT e con finalità non erogative ma consulenziali e di supporto, potrà esser conseguito anche attraverso l'organizzazione di corsi ad hoc, dedicati a c.d. MMG con particolari interessi, secondo opportune valutazioni di priorità e di rilevanza che andranno definite e condivise in sede di Comitato di indirizzo.

PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE

Lo strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM è il Piano regionale della formazione (PFR) che viene adottato con decreto amministrativo ed integrato in corso d'anno. Le attività dei *provider* pubblici del SSR dovranno tenere conto delle priorità regionali contenute nel presente documento e dovranno prevedere un impegno formativo sui temi indicati come strategici dal presente documento e dal Piano regionale della formazione.

I percorsi formativi saranno realizzati dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute – ARCS, o altro ente espressamente indicato, su delega motivata, della predetta azienda e rendicontati annualmente ed infrannualmente (rendiconto quadrimestrale): il finanziamento sarà garantito da apposito stanziamento con Linea sovraziendale.

La Relazione annuale regionale, adottata con decreto amministrativo, è considerato 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 stesura della predetta relazione si avvale di un sistema di *business intelligence* che consente la raccolta di dati e loro trasformazione in modo rapido e completo: nel 2019 dovrà essere messo a punto il predetto applicativo di reportistica.

Accreditamento dei provider: viene garantita l'attività istruttoria e decretante di accreditamento istituzionale dei *provider* sulla base dei requisiti posseduti come previsto dai vigenti documenti amministrativi.

Avvio di quanto previsto dal decreto amministrativo 276/2018 per le visite di valutazione dei requisiti di qualità durante un evento residenziale in atto secondo le modalità proposte dall'Osservatorio per la qualità della formazione continua.

I *provider* regionali nella gestione complessiva delle attività formative si uniformano a quanto previsto dai documenti dagli atti amministrativi regionali e provvedono, tenendo conto del *format* predisposto, alla stesura ed invio alla stessa Direzione centrale salute del Piano formativo annuale, quale strumento di programmazione, entro il 30 marzo 2019, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2018, entro il 31 maggio 2019.

TEMATICHE PRIORITARIE DI FORMAZIONE

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove e sostiene per il 2019, iniziative formative finalizzate a:

1. gestire il cambiamento del sistema sanitario regionale sia di assetto che di processo;
2. realizzare programmi di umanizzazione delle cure e valorizzazione della dignità della persona;
3. valorizzare e qualificare le competenze manageriali della alta dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;
4. favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;
5. valorizzare il lavoro di rete e costruzione e diffusione dei PDTA;
6. sviluppare e sostenere percorsi legati all'emergenza –urgenza, alla cronicità ed alla fragilità.

Nel documento di Piano regionale della formazione verranno declinate le tematiche sopra riportate.

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

1. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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

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

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

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

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

2. INTERVENTI PROGRAMMATI

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

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

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

ALLEGATO B – INDICATORI

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

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

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

15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	$\geq 3,8\%$
16	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti ($>=65$ anni)	≤ 24
18	ASSISTENZA FARMACEUTICA Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	$\leq 30\%$
19	ASSISTENZA FARMACEUTICA Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	25 up pro cap
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza un regime ordinario	$\leq 0,32$
23	Percentuale parti cesarei	$< 20\%$
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	$> 70\%$
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$\leq 20'$

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE