

Delibera n° 185

Estratto del processo verbale della seduta del
2 febbraio 2018

oggetto:

LR 49/1996, ART 12 - LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2018: APPROVAZIONE DEFINITIVA.

Debora SERRACCHIANI	Presidente	presente
Sergio BOLZONELLO	Vice Presidente	presente
Loredana PANARITI	Assessore	presente
Paolo PANONTIN	Assessore	assente
Francesco PERONI	Assessore	presente
Mariagrazia SANTORO	Assessore	assente
Cristiano SHAURLI	Assessore	presente
Maria Sandra TELESCA	Assessore	presente
Gianni TORRENTI	Assessore	presente
Sara VITO	Assessore	presente

Gabriella DI BLAS 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;

Atteso che le innanzi citate disposizioni, relative alla programmazione del Servizio sanitario regionale si sono tradotte nel documento *Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2018*, approvato in via preliminare con DGR n. 2667 del 28 dicembre 2017;

Considerato che ai sensi dell’art. 1, comma 7, lettera d), della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 e successive modifiche e integrazioni, il Consiglio delle Autonomie Locali ha espresso parere positivo come da estratto del verbale n. 2 del 22 gennaio 2018;

Ritenuto pertanto di procedere all’approvazione definitiva del documento allegato *Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - anno 2018* che, rispetto alla versione allegata alla DGR n. 2667 del 28 dicembre 2017, contiene solo integrazioni operative e correzioni di alcuni errori materiali;

Confermato che, l’entità delle risorse per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2018, indicate nel citato documento, sono certe e disponibili sulla base di quanto previsto dalla legge finanziaria regionale per l’anno 2018, nonché dal bilancio regionale pluriennale 2018-2020 e dal bilancio annuale 2018;

Ritenuto di quantificare, per l’anno 2018, il finanziamento dei tre LEA come segue:

5,50% per l’assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

49,71% per l’assistenza distrettuale

44,79% per l’assistenza ospedaliera

Su proposta dell’Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia,

La Giunta regionale all’unanimità

Delibera

1. Di approvare in via definitiva il documento “Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l’anno 2018” di cui all’art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49, allegato al presente provvedimento del quale ne fa parte integrante.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO
REGIONALE - ANNO 2018**

INDICE

1. Lo scenario	pag. 3
2. Il processo di programmazione	pag. 5
3. Le progettualità	pag. 6
3.1. Progetti di riorganizzazione delle funzioni	pag. 9
3.2. Promozione della salute e prevenzione	pag. 16
3.3. Assistenza distrettuale	pag. 34
3.4. Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa	pag. 39
3.5. Assistenza sociosanitaria	pag. 43
3.6. Progetti clinico assistenziali	pag. 58
3.7. Rapporto con i cittadini	pag. 66
4. I flussi informativi e le valutazioni	pag. 69
5. Il sistema informativo	pag. 71
5.1. Sistema PACS regionale	pag. 72
5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	pag. 72
6. Gli investimenti	pag. 73
7. Le risorse finanziarie	pag. 77
8. Le regole gestionali	pag. 81
8.1. Vincoli operativi	pag. 81
8.2. Azioni operative	pag. 81
8.3. Regole di gestione	pag. 82
9. La gestione delle risorse umane	pag. 86
9.1. Formazione	pag. 87
Allegato A – Elenco delle prestazione oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa	pag. 91
Allegato B – Indicatori	pag. 93
Allegato C – Erogazioni regionali	Pag. 95

1. LO SCENARIO

Per il Servizio Sanitario Regionale, l'anno 2017 è stato il primo ad essere interamente organizzato secondo l'assetto istituzionale previsto dalla 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*. Inoltre, per tutti gli Enti, ad eccezione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, è stato approvato l'Atto aziendale.

Altri fondamentali provvedimenti di programmazione 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)* e il *Piano regionale per la Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017)* sono in progressivo ed in diversi casi avanzato grado di implementazione, ma ancora da attuare compiutamente.

Nel corso del 2017 sono state approvate, con la DGR 735/2017, le tre reti cardiologiche (1. *Emergenze cardiologiche*, 2. *filiera Cuore delle gravi insufficienze d'organo e trapianti*, 3. *insufficienza cardiaca cronica*) che nel 2018 inizieranno la propria attività con presumibili positive ricadute sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini. Inoltre con DGR 1002/2017 è stata aggiornata la *rete regionale per le Malattie rare* con l'adeguamento delle reti dei gruppi di malattie rare e l'individuazione dei relativi centri coordinatori che già nel corso della seconda parte dell'anno hanno avviato la stesura di alcuni percorsi assistenziali per specifiche patologie. Infine, prosegue il lavoro della altre reti approvate nel corso degli anni precedenti (*filiera Rene e Fegato delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, malattie reumatologiche, ictus.*) con la produzione e l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi.

Con le *Linee per la gestione del SSR per l'anno 2017* è stata data maggiore enfasi a progetti aventi l'obiettivo di focalizzare l'organizzazione dei percorsi di cura sulle esigenze del paziente/cittadino e della sua famiglia, ponendo al centro ogni loro bisogno di ogni fase della vita. Sono stati così avviati i progetti di *Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver*, di *Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza*, di *Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)*, di *Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente*, di *Esperienza nei percorsi assistenziali*. Tali progetti, pur nella consapevolezza che possono creare alcune resistenze fra gli operatori, anche in conseguenza di problemi di natura logistica, che necessitano di alcuni correttivi e che sono di difficile monitoraggio, proseguono anche nel 2018 in quanto di sicuro interesse per il positivo impatto nel rapporto con i cittadini.

Con il DPCM del 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 della GU n. 65 del 18 marzo 2017, sono stati definiti e aggiornati i nuovi *Livelli Essenziali di Assistenza* che portano importanti novità soprattutto in ambito di cronicità, malattie rare e protesica. È stata prevista anche l'introduzione di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale (es. procreazione medicalmente assistita) peraltro già presenti nell'offerta regionale come extra-LEA. Nel corso del 2018 proseguirà l'implementazione di quanto previsto e ancora non presente nell'offerta regionale di prestazioni e servizi.

Anche l'annualità 2018 proseguirà l'applicazione della legge regionale 17/2014 e sarà caratterizzata dai seguenti elementi:

- a. Sviluppo dell'assistenza primaria con attuazione dell'accordo della medicina generale:

- Rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza delle malattie croniche fuori dall'ospedale, con percorsi integrati, presa in carico attraverso il MMG, gli specialisti, gli infermieri e altri operatori socio-sanitari.
 - Completamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015.
- b. Applicazione del DM 70/2015 *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, nonché della Legge di stabilità 2016, art.1, commi 524-539 che prevede specifiche azioni per l'efficienza e gli esiti clinici del sistema ospedaliero.
 - c. Autorizzazione e accreditamento delle strutture intermedie e sociosanitarie.
 - d. Perfezionamento delle modalità di finanziamento del SSR, secondo criteri standard, con ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA).
 - e. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.
 - f. Trasparenza e accessibilità per rinforzare e riorganizzare i servizi.
 - g. Cogenza delle seguenti norme nazionali vincolanti per la Regione e per le Aziende:
 - DL 6-7-2012 n. 95 convertito con Legge n. 135 del 7-8-2012 "spending review"
 - DL 13-9-2012 n. 158 "Decreto Balduzzi", convertito con legge n. 189 del 8-11-2012
 - DL 18-10-2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"
 - DL n. 78/2015 convertito con legge 125/2015 "spending review 2015"
 - h. Consolidamento delle misure di protezione sociale.

A fronte di questa situazione è definito il nuovo assetto istituzionale delle Aziende, anche per il 2018 le **scelte strategiche regionali** sono orientate alla governance clinica integrata, intesa come un insieme di processi (strategie, regole, accordi, procedure e comportamenti individuali e collettivi) che le organizzazioni attivano per coinvolgere i professionisti nei processi decisionali e rispondere reciprocamente, management e professionisti, di tali decisioni. In particolare si rende necessario proseguire:

- 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, criteri espliciti di evidenza e di provata scientificità, sia per le tecnologie che per i processi assistenziali.
- e. Revisione degli attuali modelli organizzativi per renderli sempre più rivolti 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 sua 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. Attuazione della legge regionale n. 26 del 10 novembre 2015.
- j. 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 2018, per permettere agli Enti del SSR, di cui all'art. 3 della Legge regionale n. 17/2014, di predisporre i singoli Piani attuativi locali (PAL) e Piani attuativi ospedalieri (PAO).

Gli aspetti formali e la tempistica del processo di programmazione per l'anno 2018 sono i seguenti:

- Predisposizione da parte della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito DCS) ed invio alle aziende, entro il 31.12.2017, di apposite indicazioni metodologiche a supporto della redazione dei PAL e del PAO per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitaria. Le indicazioni forniscono più dettagliata specificazione operativa, laddove necessaria, relativamente alle modalità di concreta realizzazione delle presenti linee per la gestione del SSR;
- Predisposizione da parte delle AAS/ASUI della proposta di PAL 2018 e del PAO 2018 degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive AAS/ASUI e trasmissione della proposta di PAL/PAO alla DCS entro il 26.01.2018 per la negoziazione che si terrà successivamente in data fissata dalla Direzione stessa. La proposta di PAL/PAO, essendo antecedente alla negoziazione non necessita di formalità e/o parere del Collegio Sindacale, in quanto provvisoria;
- Entro il 26.01.2018, anche l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS) dovrà predisporre la propria proposta di piano annuale, corredato dal bilancio preventivo e dalla relazione del Direttore generale;
- Negoziazione con la DCS per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO degli Enti del Servizio sanitario regionale fra il 29.01.2018 e il 2.02.2018;
- Acquisizione da parte delle Aziende dei previsti pareri ex L.R. n. 23/2004 della Conferenza dei Sindaci o della Conferenza permanente per la programmazione e delle Università -;
- Approvazione del PAL/PAO 2018, da parte di ogni Ente, nonché del piano annuale dell'EGAS, entro il 31.03.2018 ai fini dell'approvazione del bilancio preventivo coerentemente con la programmazione delineata e successiva trasmissione dello stesso alla Direzione Centrale Salute, alla Conferenza dei sindaci o alla Conferenza permanente e al proprio Collegio sindacale;
- Successivamente 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 2018 degli Enti del SSR si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali. L'attuazione delle scelte strategiche regionali sarà realizzata attraverso lo sviluppo di:

- **Cap. 3.1. Progetti di riorganizzazione delle funzioni:**
 - Degenze
 - Acquisizione e/o spostamento di funzioni
 - Emergenza urgenza
 - Medicina di laboratorio
 - Sangue ed emocomponenti
 - Reti di patologia
 - Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015
 - Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017
 - Documenti regionali
 - Comune di Sappada
 - Lean management

- **Cap. 3.2. Promozione della salute e prevenzione:**
 - Tutela della salute della donna
 - Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)
 - Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)
 - Gli screening neonatali (Programma II PRP)
 - Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)
 - Dipendenze
 - Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)
 - Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)
 - Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)
 - Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)
 - Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)
 - Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)
 - Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)
 - Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)
 - 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)
 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)
 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)
 - Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

- **Cap. 3.3. Assistenza distrettuale:**
 - Assistenza primaria
 - Accreditamento

- Odontoiatria sociale
 - Riabilitazione
 - Superamento della contenzione
 - Diabete
 - Cronicità
 - Assistenza protesica
- **Cap. 3.4. Assistenza farmaceutica e Assistenza integrativa**
- Tetti spesa farmaceutica
 - Obiettivi per le aziende sanitarie
- **Cap. 3.5. Assistenza sociosanitaria:**
- Anziani non autosufficienti
 - Disabilità
 - Autismo
 - Minori
 - Salute mentale
 - Disturbi del comportamento alimentare
 - Cure palliative e terapia del dolore
 - Consultori familiari
 - Sanità penitenziaria
 - Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari
 - Dipendenze
 - Area Welfare
- **Cap. 3.6. Progetti clinico assistenziali:**
- Insufficienze d'organo e trapianti
 - Emergenza urgenza
 - Reti di patologia
 - Materno-infantile e percorso nascita
 - Sangue ed emocomponenti
 - Erogazione dei livelli di assistenza
 - Rete cure sicure FVG
 - Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH
- **Cap. 3.7. Rapporto con i cittadini:**
- Tempi d'attesa
 - Innovazione nella gestione delle terapie
 - Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver
 - Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza
 - Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)
 - Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente
 - Privacy

Per l'elaborazione dei dati e le valutazioni sul raggiungimento dei target attesi, previsti nei diversi paragrafi sopra descritti, oltre che dell'EGAS, la DCS continua ad avvalersi della strutture *Epidemiologia, 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. PROGETTI DI ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze

Dall'approvazione della DGR 2673/2014 il numero di posti letto di assistenza ospedaliera è stato portato, da parte di quasi tutte le AAS/ASUI/IRCCS, progressivamente ai valori previsti dall'allegato 2 della stessa delibera. Nel 2018 si consoliderà l'organizzazione raggiunta.

I reparti ospedalieri con disciplina 75 (Neuro-riabilitazione) e 28 (Unità spinale), che erogano riabilitazione intensiva di III livello in regime di ricovero, dal 1 gennaio 2018 applicheranno le tariffe previste dall'allegato 9 della DGR 1535/2009: per ricovero ordinario 374 euro a giornata, per ricovero in day hospital 264 euro a giornata, indipendentemente dalla durata del ricovero.

La DGR 2673/2014, all'allegato 1, ha individuato le dotazioni dei Presidi per la salute di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago e Sacile. In applicazione a quanto previsto, presso il Presidio per la salute di Gemona del Friuli sono state attivate degenze intermedie di riabilitazione, alcune delle quali ad indirizzo cardiologico, costituenti offerta anche per il bacino d'utenza di parte del territorio dell'ASUIUD. Tali degenze sono state finalizzate, oltre che per gli utenti dell'AAS3, a decongestionare le degenze dei reparti di Cardiocirurgia e Cardiologia del presidio ospedaliero Santa Maria della Misericordia di Udine, offrendo un'opportunità di riabilitazione specialistica, indipendentemente dal territorio di residenza dell'assistito. Tali posti pertanto hanno funzione sovra-aziendale e per alcune attività regionale; l'accesso non è limitato ai soggetti residenti presso l'AAS3, ma è estendibile a tutta la Regione, su invio dei medici specialisti delle strutture cardiologiche e cardiocirurgiche di ogni AAS/ASUI. La tariffa di compensazione è quella prevista per le RSA.

Presso il distretto di San Daniele del Friuli (AAS3) sono attivi posti letto residenziali finalizzati al trattamento in regime di degenza sulle 24H dei soggetti in trattamento per disassuefazione da dipendenza, in primis da alcool, ma non solo; analoghi posti letto sono previsti anche presso l'ASUITS e l'AAS5 (allegato 1 alla DGR 2673/2015). Tali posti hanno funzione sovra-aziendale e per alcune attività regionale; considerata la tipologia d'utenza che potrebbe preferire di essere trattata lontano dalla propria residenza, l'accesso non è limitato ai soggetti residenti presso l'AAS3 o l'ASUITS o l'AAS5, ma è estendibile a tutta la Regione, su invio dei medici delle strutture delle dipendenze di ogni AAS/ASUI. La tariffa di compensazione è quella prevista per le RSA.

Per l'accesso alle strutture intermedie in dimissione da degenze per acuti ogni azienda prevede di norma una procedura semplificata in cui il piano di accoglienza sia concordato tra reparto di dimissione e struttura accogliente. Resta, invece, necessaria l'attivazione dell'UVD in fase di dimissione a domicilio.

3.1.2. Acquisizione e/o spostamento di funzioni

Le operazioni di acquisizione e/o spostamento di funzioni previste dalla programmazione regionale prevedono che gli Enti interessati definiscano congiuntamente quanto segue:

- Dotazione di personale che assicura la funzione
- Elenco delle attrezzature e dei beni mobili dedicati
- Eventuali spazi
- Contratti e convenzioni in essere
- Finanziamenti in conto capitale atti a garantire il funzionamento ordinario, compreso il rinnovo tecnologico qualora necessario, dei beni e delle attrezzature di pertinenza dell'attività.

Per alcune acquisizioni e/o spostamento di funzioni tra gli Enti del SSR, potrebbe essere necessario variare la sede di lavoro del personale, anche per una distanza considerevole; è pertanto accettabile che parte o tutto il personale interessato non aderisca al trasferimento. In tal caso, i costi comprensivi della quota media di fondi dell'Ente cedente/i transitano a quello che acquisisce la funzione che procede a nuove assunzioni; all'Ente cedente/i spetta il compito di riconvertire il personale in altre funzioni e ridurre la propria dotazione di personale.

Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS)

Per quanto riguarda le funzioni dell'EGAS, nel corso del 2017 sono state attivate la Centrale operativa regionale 118 integrata con il NUE 112, come da Piano Emergenza Urgenza di cui alla DGR 2039/2015, e il CUP regionale, come indicato nella DGR 2034/2015. Inoltre è transitata dalla DCS la funzione di Epidemiologia che cura per conto della Direzione Centrale Salute la gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti ed è stato dato avvio al primo nucleo operativo per la costituzione della funzione regionale relativa all'HTA (Health Technology Assessment).

Nel corso del 2018, l'EGAS procederà con:

- L'acquisizione del CeForMed (entro il 30 giugno)
- L'attivazione del Gruppo collaborativo regionale dei dispositivi medici (entro il 31 dicembre) nell'ambito della struttura Health Technology Assessment
- L'avvio della formazione ad indirizzo regionale sull'attuazione del Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR di cui alla LR 17/2014, con particolare riferimento ai Piani regionali ed alle Reti di cui agli artt. 37, 38 e 39 della predetta Legge regionale; a tale scopo EGAS istituirà anche un Centro di coordinamento delle Professioni sanitarie cui afferrà un Referente per ciascuna area delle Professioni sanitarie previste dalla Legge 251/2000 e LR 10/2007
- Il supporto diretto nella conduzione delle politiche contrattuali e delle relazioni sindacali di livello regionale per il personale dipendente del SSR

Nel caso di assegnazione ad EGAS di funzioni regionali precedentemente attribuite in via esclusiva alla Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, non comprese quindi fra quelle collocate presso gli Enti del SSR, l'EGAS è autorizzato all'incremento dei fondi contrattuali per le persone previste per lo svolgimento della funzione trasferita, secondo quanto disciplinato dai CCNL di riferimento e sulla base delle modalità stabilite dai provvedimenti regionali adottati in materia.

Nel caso di variazioni della dotazione organica dell'EGAS per effetto dell'assegnazione di nuove funzioni e/o l'implementazione di precedenti attività per conto degli Enti del SSR, EGAS dovrà presentare al Comitato di Indirizzo un progetto motivato a supporto della realizzazione di tale modifica ed acquisire dallo stesso l'approvazione. Con successiva disposizione della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, saranno disciplinati i trasferimenti delle risorse finanziarie e dei fondi contrattuali dagli altri Enti del SSR ad EGAS, in relazione al personale previsto dal predetto progetto, con modalità che garantiscano equità e neutralità del SSR.

L'EGAS, in base al progressivo consolidamento delle funzioni aziendali ad esso attribuite, può attivare strutture complesse e semplici, dandone contestuale comunicazione alla DCS.

Con riferimento a quanto previsto dalla Legge finanziaria regionale per l'anno 2018, l'EGAS è autorizzato a subentrare anche nelle convenzioni precedentemente attivate dalla DCS per l'utilizzo di personale dipendente degli Enti del SSR o ad attivarne di nuove, per le medesime finalità.

3.1.3. Emergenza urgenza

Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il nuovo Piano dell'Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia. Nel corso degli anni 2016 e 2017 sono stati implementati e/o ridistribuiti i mezzi di soccorso nel territorio, ma alcune azioni/funzioni previste dal piano sono ancora da attuare. Ne consegue che nel corso del 2018 si dovrà procedere a quanto segue:

1. Completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra (tutte le AAS/ASUI)
2. Avvio dell'attività presso l'eliporto di Campofornido e dell'eliambulanza notturna (ASUIUD entro il 31 marzo 2018);
3. Individuazione e adeguamento al volo notturno di una piazzola al servizio del presidio ospedaliero hub di Pordenone (AAS5);
4. Individuazione e adeguamento di almeno una piazzola per ogni presidio ospedaliero spoke (AAS2, AAS3 e AAS5),

Nella seduta del 21 novembre 2017, il Comitato Regionale Emergenza Urgenza ha approvato il potenziamento per un anno, anche motivato da lavori straordinari che verranno svolti sulla viabilità della zona, di un'ambulanza ALS dalle 7.00 alle 21.00 da collocare come postazione in zona di San Giorgio di Nogaro.(AAS2). Al termine del periodo verrà valutato l'utilizzo quantitativo del mezzo, in relazione ai tempi di soccorso assicurati. L'AAS2 attiva il mezzo di soccorso ALS in zona San Giorgio di Nogaro entro il 31 marzo 2018.

L'ASUIUD, assieme ad EGAS e alla DCS valuta l'opportunità di prevedere l'implementazione di ulteriori piazzole, attrezzate anche per l'atterraggio notturno dell'eliambulanza, al servizio dell'asse viario autostradale e di alcuni insediamenti industriali.

Con la legge regionale n. 24/2017 sono state date disposizioni per la valorizzazione e il potenziamento del soccorso alpino regionale. Tale norma integra l'operato dell'emergenza sanitaria, del soccorso alpino e della protezione civile, nel rispetto delle competenze di ognuno. Dal 2018 verrà resa operativa la convenzione fra le parti che, per il servizio sanitario regionale sarà gestita dall'Ente per la gestione dei servizi condivisi.

3.1.4. Medicina di laboratorio

Con DGR 599/2017 è stato adottato il Piano della Medicina di Laboratorio con la realizzazione di 3 centri *hub* presso i presidi ospedalieri *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone (integrato con l'IRCCS *Centro di riferimento oncologico* di Aviano), *Cattinara-Maggiore* di Trieste (integrato con l'IRCCS *Burlo Garofolo*) e *Santa Maria della Misericordia* di Udine, con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri *spoke*. Nel 2018 si prosegue ad attuare l'organizzazione prevista dal piano.

Nel corso del 2018, il Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio dovrà inoltre approvare i seguenti documenti:

- Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.)

- Organizzazione della Bio-banca regionale

3.1.5. Sangue ed emocomponenti

Il nuovo Centro unico regionale di produzione degli emocomponenti presso la sede di Palmanova, in linea con quanto previsto dalla DGR 2673/2014, nasce dalla fusione di due filoni di attività che attualmente sono affidati all'AAS2 e all'ASUIUD con attività ancora parzialmente svolta presso l'AAS5. Tale struttura assorbirà anche la funzione di raccolta sangue territoriale mediante i mezzi mobili (attualmente in comodato d'uso ad ASUIUD e ASUITS) e svolgerà la funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione.

Per attuare quanto previsto, nel corso del 2018 si procede come segue:

- sistemazione dei locali presso la sede di Palmanova, secondo il progetto già definito (AAS2 entro il 31 gennaio 2018)
- approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra AAS2 e AAS5 (entro il 31 marzo 2018)
- approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra ASUIUD e AAS2 (entro 31 marzo 2018)
- avvio dell'organizzazione separata fra laboratorio satellite e produzione degli emocomponenti (ASUIUD e AAS5 entro il 31 marzo 2018)
- avvio della centralizzazione a regime della produzione degli emocomponenti (entro il 31 marzo 2018)
- trasferimento della funzione (con acquisizione del personale, attrezzature, beni, contratti, ecc.) CUVB-CUPRE da ASUIUD e da AAS5 all'AAS2 (dal 1 aprile 2018)
- trasferimento delle attività residuali della produzione da ASUITS a AAS2 con trasferimento delle risorse (entro 1 giugno 2018).

Sempre dal 1 luglio 2018, transiterà in AAS2 la funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD e l'ASUITS. Anche per questa funzione, pertanto, si dovrà procedere con analogo scorporo che riguarderà:

- i mezzi, le attrezzature ed i beni utilizzati per tale attività
- il personale dipendente o a contratto interamente impegnato in tale attività
- contratti e convenzioni in essere finalizzate a tale attività.

Entro la fine del 2018 dovrà essere riverificato e rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione.

3.1.6. Reti di patologia

Nel corso degli ultimi anni sono state attivate numerose reti di patologia per le quali si prevede una stretta e sistematica collaborazione tra professionisti di strutture e enti diversi che può avvenire solo attraverso supporti di telemedicina. Altre se ne attiveranno ancora. È pertanto necessario sviluppare strumenti che favoriscano il lavoro multi-disciplinare fra strutture Hub & Spoke e consentano di mettere in comunicazione fra loro gli Hub.

Gli Enti del SSR sono pertanto tenuti ad attivare per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità.

L'EGAS invece, in collaborazione con le AAS/ASUI, implementa un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche.

Nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale, le AAS/ASUI/IRCCS definiscono per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015

Ogni azienda è autorizzata ad attivare strutture complesse distrettuali in seguito alla riconversione di funzioni ospedaliere. Tali strutture rientrano nel contingente previsto per l'ambito distrettuale dall'allegato 1 della DGR 929/2015, per le quali ogni azienda ha autonomia di definizione. Sempre in riferimento all'allegato 1 della DGR 929/2015, anche in considerazione della tipologia delle funzioni ad esse attribuite con il comma 5 dell'articolo 5.2. dell'allegato alla DGR 1437/2015, le strutture complesse *Gestione delle prestazioni sanitarie* possono essere attribuite, secondo scelta aziendale, a personale della dirigenza medica, sanitaria, professionale, amministrativa o tecnica; nelle stesse strutture le AAS/ASUI attivano l'ufficio per la gestione dei rapporti di mobilità trans-frontaliera di cui al punto 8.3.3..

A parziale modifica della DGR 1437/2015, ogni AAS/ASUI/IRCCS è autorizzata ad apportare modifiche ai propri atti aziendali (es. ridenominazione e diversa collocazione di strutture amministrative, tecniche o di staff, nuove composizioni dei dipartimenti, attivazione di dipartimenti funzionali, ecc.), sempre nel rispetto delle norme di programmazione vigenti, senza dover ricorrere di volta in volta all'autorizzazione della direzione centrale salute nei confronti della quale rimane il solo obbligo di trasmissione dei nuovi atti per opportuna informazione. Inoltre, nell'ambito del numero massimo previsto, le aziende possono attivare strutture semplici e incarichi professionali, che comunque non fanno obbligatoriamente parte dell'atto aziendale, anche per funzioni non esplicitate negli allegati 2 delle DGR 2673/2014 e 929/2015. Inoltre, i valori indicati nella tabella al punto 2 del paragrafo 5.1. sono elevati di una unità per tutti gli Enti indicati in tabella. Infine, gli Enti del SSR possono attivare dipartimenti clinici anche con 3 SOC, purché i medici che afferiscono al dipartimento siano almeno 70.

A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, al fine di concentrare l'attività chirurgica urgente e più complessa presso la sede ospedaliera di Latisana, l'AAS2 è autorizzata a istituire una struttura complessa di *Anestesia e rianimazione* per la sede ospedaliera di Latisana, autonoma rispetto a quella della sede ospedaliera di Palmanova. L'azienda ridefinirà inoltre la funzione di Cure palliative in struttura semplice dipartimentale afferente al dipartimento dell'assistenza primaria.

A parziale modifica delle DGR 929/2015, l'AAS5 è autorizzata ad istituire le strutture complesse di *Dermatologia* e di *Procreazione medicalmente assistita*, nonché una seconda struttura dedicata alle dipendenze, sopprimendo contestualmente le analoghe strutture semplici dipartimentali. Inoltre, può svolgere attività di chirurgia plastica nell'ambito delle strutture chirurgiche del presidio ospedaliero *Santa Maria degli Angeli* di Pordenone; a tal fine, presso lo stesso presidio ospedaliero, si prevede l'AAS5 può dotarsi di un'unità di dirigente medico specialista in chirurgia plastica a supporto degli interventi chirurgici ricostruttivi oncologici e/o proseguire con le convenzioni in essere..

A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, presso l'ASUIUD è mantenuta la struttura complessa di Neuroradiologia. Inoltre la funzione di Medicina Legale può essere prevista come struttura complessa e, in via sperimentale, collocata anche in ambito diverso rispetto al Dipartimento di Prevenzione. L'ASUIUD, inoltre, è

autorizzata ad attivare sperimentalmente un dipartimento dedicato ai trapianti d'organo, anche se la composizione dello stesso non comprende 4 SOC.

A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, presso l'ASUITS è mantenuta come autonoma la funzione di Igiene e sanità pubblica, anche in considerazione della valenza regionale e del mandato della stessa che è distinto rispetto alla Microbiologia e virologia, che è struttura deputata a supportare le decisioni cliniche; pertanto viene espunta la specificazione indicata accanto alla funzione di Microbiologia e virologia nell'allegato 2 alla DGR 929/2015 riguardante lo svolgimento assicurato in Igiene e sanità pubblica..

A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, l'IRCCS "Burlo Garofolo" è autorizzato a svolgere attività di chirurgia maxillo-facciale e di chirurgia plastica attraverso specifiche convenzioni da realizzare con strutture delle ASUI. L'attività è svolta nell'ambito di una delle strutture chirurgiche già attive presso l'istituto. L'istituto è inoltre autorizzato a denominare l'attuale struttura complessa sperimentale *Fisiopatologia della riproduzione umana e procreazione medicalmente assistita* in *Procreazione medicalmente assistita* e a farla afferire all'area assistenziale.

A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, l'IRCCS *Centro di riferimento oncologico* di Aviano è autorizzata ad attivare una struttura complessa dedicata alla *Chirurgia oncologica con indirizzo sui sarcomi, tumori rari e multi-viscerali*. Inoltre, l'IRCCS è autorizzato ad attivare la funzione di *Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari*, organizzandola come struttura semplice dipartimentale.

3.1.8. Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017

I budget indicati all'articolo 6 dell'allegato 2 alla DGR n. 42/2017, relative all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia la nostra vengono ridistribuiti fra la sede di San Vito al Tagliamento (€ 97.022) e la sede di Pasi di Prato (€ 552.422) come segue:

- Sede di Pasi di Prato > € 400.000
- Sede di San Vito al Tagliamento > € 249.444

ASUIUD e ASUITS concordano la quota di budget, di quanto assegnato con l'articolo 6 dell'allegato 1 alla DGR n. 42/2017 alla *Casa di Cura Città di Udine*, che è finalizzata alle attività di medicina di laboratorio (in particolare prelievi) svolte nel territorio di pertinenza dell'ASUITS.

In applicazione alla sentenza del TAR del Friuli Venezia Giulia del 14 dicembre 2017, gli articoli 8 di entrambi gli accordi fra Regione ed erogatori privati accreditati, allegati alla DGR 42/2015 sono modificati come segue:

- Primo capoverso: *"I soggetti privati accreditati applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore al netto del ticket, sia per i residenti regionali che extra-regionali."*
- Terzo capoverso: soppresso

3.1.9. Documenti regionali

Alcuni importanti documenti sono in fase di approvazione da parte della Giunta regionale; successivamente all'approvazione si darà avvio alla loro progressiva applicazione. Ci si riferisce in particolare ai seguenti:

- Rete oncologica regionale
- Piano della riabilitazione
- Piano della Salute mentale

Nel 2018 verranno adottati, entro il 31 marzo, i documenti sopra citati e verrà avviata la loro applicazione. Inoltre, entro il 31 dicembre 2018 verranno adottati anche i seguenti:

- Rete pediatrica regionale
- Rete per l'anziano fragile
- Rete infettivologica
- Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera polmone
- Rete trauma
- Organizzazione della Cell Factory regionale

3.1.10. Comune di Sappada

Oltre ai comuni indicati nella legge regionale n. 17/2014, l'AAS3 assicura le funzioni anche per i cittadini del comune di Sappada che con la legge 5 dicembre 2017, n. 182 - *Distacco del comune di Sappada dalla regione Veneto e aggregazione alla regione Friuli Venezia Giulia* è entrato a far parte della regione Friuli Venezia Giulia.

Nel corso del 2018 l'AAS3 subentra a tutte le funzioni sanitarie svolte presso e per il comune di Sappada e stipula una convenzione per le situazioni non definite o che recherebbero inutili disagi ai cittadini.

3.1.11. Lean management

Nel corso del 2017 è stata avviata la formazione al personale sul *Lean management*; tale formazione ha attivato anche dei gruppi di lavoro che hanno sviluppato specifiche progettualità che sono in corso di contestualizzazione all'interno delle organizzazioni aziendali. Entro giugno 2018 la prima fase del programma si concluderà con un evento che metterà a fattor comune le diverse esperienze sviluppate.

Il programma *Lean management* è stato avviato in applicazione all'articolo 42 della legge regionale n. 17/2014. Onde evitare che tale patrimonio di esperienze vada disperso, viene mantenuta presso l'EGAS, la cabina di regia del programma; inoltre, ogni AAS/ASUI/IRCCS sviluppa un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno.

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna

Nel 2018 verrà consolidato il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, auspicabilmente anche attraverso l'inserimento della figura dell'ostetrica all'interno dei CAP, nel percorso della gravidanza fisiologica e nel puerperio. Saranno implementati i percorsi della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica e rafforzata l'offerta della visita domiciliare ostetrica nel puerperio. Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita, la figura dell'ostetrica veicolerà il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani (alimentazione, astensione dal fumo, attività fisica, malattie sessualmente trasmesse, screening oncologici ecc.)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dell'attivazione del percorso Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018 Evidenza dei percorsi attraverso report di attività
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
IRCCS Burlo: studio di un modello di comunicazione innovativo per l'ambito materno-infantile per ottimizzare l'efficacia di interventi di educazione e promozione della salute in collaborazione con la DCS	Modello predisposto

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

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 in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.	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.

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

Proseguono i programmi regionali di screening oncologico mantenendo la rigorosa applicazione degli standard qualitativi dei piani nazionali specifici e delle linee guida europee.

Il Piano Regionale Prevenzione coerentemente con il Piano Nazionale Prevenzione prevede la transizione ad HPV-DNA del programma di screening per il cancro della cervice entro il 2018. Il nuovo screening si basa su un prelievo della cervice del tutto analogo al pap-test; questo prelievo sarà utilizzato sia per l'analisi del DNA sia per l'esecuzione del pap-test senza dover quindi richiamare la donna. La parte più delicata del processo rimane la lettura del pap-test che richiede un volume di esami tale da garantire il mantenimento delle competenze di cito-

tecniche e patologi rendendo di fatto ineluttabile la concentrazione dei residui pap-test di screening e di tutti i test di analisi del DNA in un laboratorio unico regionale per lo screening della cervice, individuando a tal fine l'Anatomia Patologica di ASUITS. Ad ASUITS è quindi assegnato il mandato di gestire la transizione in collaborazione con AAS2 per gli aspetti di logistica e di preanalitica. Per quanto concerne la transizione del programma, sono assegnati da subito ad ASUITS tutti gli esami di HPV-DNA primari; le letture dei pap-test secondari permarranno in capo alle sedi che già refertano pap-test, nonché le letture dei test primari fino a transizione completata. L'adozione di un controllo di qualità partecipato (es. doppia lettura mediante strumenti di tele-patologia come avviene oggi per le mammografie, revisione collaborativa dei processi...) garantirà livelli di qualità elevati per il programma, senza eccessiva dispersione di competenze per i patologi che potranno continuare a mantenere expertise sulla cervico-patologia e a metterla al servizio del programma riconvertito.

Parimenti andrà garantito ai patologi del laboratorio unico, sempre mediante i consueti sistemi di tele-patologia, l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni posto che queste continueranno ad essere gestite dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il continuum della relazione con i clinici. Iniziative di comunicazione e formazione accompagneranno la conversione del programma.

Il raggiungimento, già nel primo semestre 2017, dell'ambizioso obiettivo del 70% di adesione previsto dal Piano Regionale Prevenzione per l'anno 2018, rende logicamente conseguente il mantenimento dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili. Relativamente alle immagini del primo livello dello screening mammografico, EGAS coordinerà l'assegnazione della lettura degli esami e ne monitorerà l'effettuazione per tutta la regione, andando verso la realizzazione di un centro unico di lettura regionale che, mantenendo le attuali sedi di refertazione, favorisca le composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione. Al fine di rendere operativo il centro unico è adottato un meccanismo di assegnazione delle letture che consenta ai radiologi l'attività di lettura non solo per le donne residenti nell'azienda di appartenenza, ma anche per le donne del resto della regione.

ASUIUD, di concerto con la DCS, realizzerà un percorso regionale di accreditamento per ulteriori radiologi di screening, secondo il fabbisogno comunicato dalla direzione stessa, sentito EGAS. Il controllo di qualità dei servizi offerti dalla regione continua a poggiare sulla corretta, completa e tempestiva compilazione della cartella clinica relativa al secondo livello.

Rimane prioritaria l'efficace adozione di azioni di miglioramento del sistema di chiamata mantenendo aggiornate le anagrafi sanitarie e riduzione del numero di lettere inesitate. L'informazione e la comunicazione rivolte alla popolazione finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di adesione previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 rimangono prioritarie anche alla luce dei risultati di adesione 2017 per lo screening mammografico.

È mantenuto per il 2018 il sistema di verifica formale dei requisiti dei centri di senologia. Analogamente è mantenuto il sistema di verifica dei requisiti di qualità dei centri di colposcopia in tutte le aziende che offrono il programma.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ASUITS gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA realizzando, presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari; AAS2 collaborare con ASUITS per gli aspetti di logistica e di preanalitica	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio unico HPV-DNA e cervico-citologia di screening realizzato 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

<p>Tutte le Aziende che attualmente refertano pap-test di screening: garantire le letture dei pap-test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata; partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico; posto che l'istologia delle lesioni continuerà ad essere gestita dalle attuali anatomie patologiche mantenendo il <i>continuum</i> della relazione con i clinici; garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico.</p> <p>Tutte le Aziende Sanitarie: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione.</p> <p>EGAS: gestire acquisizione sistemi di prelievo e trasporto campioni cervico-vaginali e sistemi diagnostici per la determinazione di HPV DNA in prelievi cervico-vaginali; Collaborare con la Direzione Centrale per la riorganizzazione della logistica di supporto</p>	<p>pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata - Programma partecipato di controllo di qualità realizzato. - Gare realizzate e logistica di supporto riorganizzata
<p>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</p>	<p>Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto</p>
<p>Tutte le aziende con unità senologica: garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".</p>	<p>Rispetto da parte della Aziende dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia. con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.</p>
<p>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</p> <p>Tutte le Aziende con radiologi accreditati per lo screening mammografico</p> <p>EGAS: coordina un centro unico di lettura regionale, che mantenendo le attuali sedi di refertazione favorisca, di concerto con la Direzione Salute, composizioni di terne arbitrali atte a migliorare la performance di refertazione.</p> <p>EGAS nell'assegnazione delle letture terrà conto dei volumi di letture di riferimento medi per Azienda degli ultimi 3 anni e, a fronte di eventuali aumenti, monitorerà il mantenimento delle proporzioni di letture garantite per ogni Azienda indipendentemente dalla residenza della persona programmando eventuali bilanciamenti anche su base pluriennale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - Centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico - Monitoraggio dell'assegnazione delle letture per singola Azienda (almeno 2 report l'anno).
<p>Tutte le aziende con unità senologica: garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%

EGAS: garantire continuità dell'attuale assetto organizzativo di erogazione dello screening mammografico basato su Unità mobili	- procedura di gara avviata
Tutte le aziende con centro di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina: garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Rispetto da parte della Aziende dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018 ..
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 garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	Percentuale di cartelle correttamente compilate $\geq 95\%$ Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello $< 0 = 30$ giorni
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 $\leq 1,5\%$

3.2.4. Gli screening neonatali (Programma II PRP)

Continuano le attività collegate allo screening audiologico neonatale, a quello oftalmologico, nonché al programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso, coordinate dall' 'IRCCS Burlo Garofolo anche con l'obiettivo di definire e aggiornare i PDTA regionali.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA.	- Tutte le Aziende: diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita
IRCCS Burlo: coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso; implementazione dell'identificazione precoce per la fibrosi cistica e proposta di eventuali programmi di screening	- Report di monitoraggio del programma regionale e delle attività per la fibrosi cistica
Tutte le Aziende: collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	- Tutte le Aziende: formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita

3.2.5. 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:
AAS 2 coordina il perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione sul territorio regionale	Report alla DCS
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 50% delle 167 scuole della Regione (ovvero 83 scuole) 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 66 scuole a livello regionale
AAS 5: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico Tutte le AAS: realizzare le attività previste	AAS5: report di attività Tutte le AAS: programmi avviati o iniziative realizzate
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole regionali attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)

3.2.6. Dipendenze

Per il trattamento e la cura delle dipendenze dovrà essere rinnovato il Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti.

Nello specifico delle risposte che si intendono mettere in atto per dare risposta al problema emergente del gioco d'azzardo patologico si dovrà dare seguito al Piano operativo regionale gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017 e si dovrà condividere le azioni da programmare per il Piano GAP 2018.

In coerenza con il Piano regionale della Prevenzione 2014 - 2018, che intende 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, la programmazione regionale è orientata ad aumentare l'offerta del testing.

Al fine di supportare una rete di cura rivolta a persone con problemi di alcoldipendenza si intende promuovere degli spazi di confronto, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento disponibili.

A sostegno del Protocollo tra Ministero della Giustizia, Regione Friuli Venezia Giulia e Tribunale di Sorveglianza di Trieste sottoscritto il 29 maggio 2014, si intende promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova. L'avvalersi di misure alternative infatti favorisce la possibilità di curare e "rieducare" il soggetto condannato affetto da dipendenza nel suo habitat socio-culturale, così da avere maggiori possibilità di reinserimento attivo nel tessuto sociale.

Relativamente agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale si intende avviare un monitoraggio con i servizi per le dipendenze sull'efficacia di tali strumenti.

Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere la condivisione di procedure operative e l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> . Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. . Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolologici. . Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova. . Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. . Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza. . Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze. . Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze. . Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali. 	<ul style="list-style-type: none"> Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio. Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolologici ad almeno il 70% delle riunioni indette. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette. Almeno il 20% di testati sui testabili. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.

3.2.7. 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:
AAS 2: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma	AAS2: report di monitoraggio
Tutte le AAS: sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Tutte le AAS: realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Tutte le AAS: diffusione delle opportunità di attività fisica	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in

presenti sul territorio attraverso il sito regionale ((invecchiamentoattivo.fvg)	collaborazione con le associazioni
AAS 3: sviluppo del progetto sperimentale "Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico" per pazienti con malattie croniche (MCNT) presso Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona	Centro per la Prescrizione e Somministrazione dell'Esercizio Fisico avviato e primi pazienti seguiti (report a DCS)

3.2.8. 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.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
tutte le AAS: i referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinearsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente.

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Rimangono obiettivo prioritario, le azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte alla prevenzione gli incidenti domestici.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS 1: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici. Tutte le AAS: continuano nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Tutte le AAS: prosegue la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate

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

Nel corso del 2017 si sono organizzati due corsi teorici per auditor, rivolti al personale che opera negli Organi di Vigilanza sui temi della Salute e della Sicurezza del lavoro, il cui percorso formativo, però, si completerà solo nel 2018 con la parte pratica. La crisi congiunturale di questi anni ha reso non più realizzabile degli audit limitati al comparto edile ed agricolo così come indicato nel PRP, ed è perciò necessario rimodulare l'obiettivo allargando le attività di audit a tutti i settori produttivi, incentrando sulle specificità territoriali la scelta del comparto. E' necessario che venga istituito un team regionale di auditor, in modo che le attività di auditing non entrino in conflitto con i compiti di vigilanza degli operatori aziendali. Le A.A.S. identificheranno perciò quegli operatori che hanno conseguito la qualifica di auditor BS OHSAS 18001, costituiranno un Gruppo di lavoro Regionale e

affideranno ad esso l'attività di assistenza alle imprese attraverso l'analisi dei Sistemi di Gestione della Sicurezza del Lavoro. Sul fronte della vigilanza, anche nel corso del 2018 dovranno essere proseguite le iniziative di verifica dell'applicazione omogenea delle procedure di vigilanza in edilizia e in agricoltura in ambito regionale. In data 14 dicembre è stata deliberata la modifica al Regolamento sui servizi residenziali e semi-residenziali per anziani (c.d. riclassificazione delle case di riposo). Le Aziende sono chiamate a rilasciare gli atti autorizzativi conseguenti.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le AAS: partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS)
Tutte le AAS: attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	Si rimanda al capitolo sulla non autosufficienza della Struttura Programmazione Interventi Sociosanitari
Tutte AAS- SPSAL: verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in edilizia
Tutte AAS- SPSAL: partecipare ad azioni di verifica dell'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in agricoltura
Tutte AAS – SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	- Tutte le AAS: almeno 50 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
AAS5: realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	AAS5: Corso realizzato Tutte le AAS: partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5
Tutte AAS - SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Tutte le AAS: Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, costituzione del gruppo di auditor regionali, individuazione delle aziende su cui avviare l'audit sui SGSL da parte auditor regionali e avvio della fase realizzativa
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione

Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore
--	--

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

La programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro favorirà, in modo coordinato con le diverse funzioni del Dipartimento di Prevenzione e le altre istituzioni competenti, i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate negli scorsi anni. L'azione di vigilanza secondo i parametri dei LEA seguirà le indicazioni che perverranno dal GTI SSL.

Nel corso del 2017 si sono realizzati incontri con gli attori della prevenzione sia nel comparto dell'edilizia che nel comparto dell'agricoltura. Tale attività proseguirà anche nel corso del 2018.

La Direzione centrale salute proseguirà l'azione d'informazione del Comitato di Coordinamento ex art.7 del D.Lgs. 81/08 sull'attività di assistenza nei comparti summenzionati.

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 notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017. o Agricoltura: vigilare 90 aziende agricole a livello regionale (Report di attività alla DCS)
Tutte le AAS: realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria

3.2.12. 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. Nel corso del 2017 si è verificata la possibilità di collaborare con INPS, INAIL, Servizio Epidemiologico Regionale e Registro regionale dei Tumori per l'avvio dell'applicazione a livello regionale del metodo OCCAM. Si è ancora in attesa delle determinazioni degli enti di cui sopra per la realizzazione del progetto, a causa delle difficoltà poste dal Garante della Privacy sulla trattazione dei dati sensibili.

Nel corso del 2017 sono stati realizzati a livello regionale in modo coordinato dei momenti formativi rivolti ai MMG ed ai Medici Competenti sui rischi ergonomici e sulle neoplasie di origine professionale. Nel corso del 2018 si proseguirà l'attività informativa/formativa in tema di malattie professionali nei confronti anche delle altre figure della prevenzione, laddove possibile in modo integrato con INAIL.

La Direzione centrale salute proseguirà l'azione di sostegno al ruolo del RLS e RLST e della bilateralità nell'ambito del Comitato di Coordinamento ex art.7 del D.Lgs. 81/08 anche la valorizzazione delle esperienze sviluppate da lacune realtà regionali.

Verranno ulteriormente sviluppate le iniziative di Promozione della salute negli ambienti di lavoro secondo i criteri della WHP avviate in alcune realtà regionali

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte AAS: realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Tutte AAS: Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)
Tutte le AAS: 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 - Adozione di regolamento regionale sul fumo - Offerta di percorsi per smettere di fumare

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

La sorveglianza è riconosciuta quale funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo, anche sviluppando e adottando strumenti atti alla rilevazione delle differenze di genere.

Anche nel 2018 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:
IRCCS Burlo Garofolo: mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione
Tutte le AAS: alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Tutte le AAS: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Tutte le AAS: inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato	Dati inviati alla DCS

interregionale di coordinamento	
Tutte le AAS: monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	Burlo: restituzione dei dati alle aziende sanitarie Tutte le A.S.: almeno 1 incontro Report alla DCS
realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia (marzo-giugno 2018)	Burlo: coordinamento dello studio Tutte le A.S.: collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	Tutte le AAS: dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento (tranne ASUITS che continuerà).

3.2.14. 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 corso del 2018 saranno prioritarie le attività connesse alla valutazione dell'incidenza dei rischi ambientali sullo stato di salute della popolazione residente in prossimità delle aree regionali soggette a maggiore pressione ambientale. Tali attività saranno garantite dalla "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. In questo modo sarà possibile ottimizzare i contributi delle diverse parti evitando la sovrapposizione delle competenze e contribuendo ad una ridefinizione dei compiti delle stesse che permetterà di affrontare le future criticità connesse alla tematica ambiente e salute con rafforzate competenze tecnico scientifiche ed una maggiore chiarezza di intenti. Inoltre, considerata la recente emanazione delle "Indicazioni operative a carattere tecnico-scientifico" ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs. n. 28 del 15 febbraio 2016 che attua la direttiva 2013/51/Euratom "Requisiti per la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano", la Direzione Salute avvalendosi della collaborazione delle Aziende Sanitarie e dell'Agenzia per la protezione dell'ambiente del Friuli Venezia Giulia dovranno elaborare un programma di controllo relativo a tutte le acque destinate al consumo umano utilizzate nel territorio. Tale programma di controllo, che dovrà essere trasmesso al Ministero della Salute, riguarderà sia i controlli interni, effettuati dagli Enti Gestori; che quelli esterni, dovrà contenere i dati relativi a tutte le misure di radioattività già effettuate nelle acque potabili della Regione oltre che informazioni dettagliate relativamente al numero di campionamenti previsti ed ai punti di prelievo selezionati al fine di assicurare che la qualità delle acque destinate al consumo umano soddisfi i requisiti del d.lgs. 28/2016.

Infine, come previsto dal Piano Regionale Prevenzione per l'anno 2018, agli operatori sanitari dovrà essere garantita la conclusione del percorso formativo iniziato nel 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da

cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto in° 695/SPS del 19.05.2017.	rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".
Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori. Avvio del monitoraggio.	Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione. Effettuazione dei campionamenti previsti.
Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.	Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018. Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).

Nel 2018 sarà attuato quanto previsto dal citato Piano Regionale della Prevenzione in tema di conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione, con gli obiettivi specifici di programmare iniziative di formazione e informazione, mantenere il sistema di monitoraggio al COR e rendere disponibili i dati sui soggetti attualmente esposti. Rimangono prioritarie le attività di sostegno alle persone affette da malattie amianto correlate e di contenimento dei rischi da amianto, attraverso l'attività di sorveglianza sugli esposti ad amianto e sul territorio. Nel 2018, inoltre, sarà deliberato il Piano Regionale Amianto in cui saranno definite le azioni volte a tutelare la salute dei lavoratori e della popolazione. Sarà cura della DCS e delle aziende sanitarie garantire l'applicazione dei provvedimenti previsti.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA): mantenere a Palmanova e Monfalcone ambulatori specificamente dedicati alla sorveglianza ex esposti ad amianto, raccogliendo i dati di attività delle altre aziende sanitarie.	Report regionale di attività

Tutte le Aziende Sanitarie: -Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM -Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto.	-dati inviati al COR -schede ReNaM trasmesse -dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA
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 1 controllo
AAS n.2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzazione di un evento formativo rivolto in particolare agli operatori dei Servizi di igiene e sanità pubblica dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie e dell' Arpa coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo in materia ambientale mirato ad aumentare le conoscenze dei regolamenti REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative di settore con la finalità di informare e assistere le imprese interessate all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.	1 evento formativo
AAS n.3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzazione di un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP quale ricaduta dei corsi nazionali di formazione per ispettori nei confronti dei nuovi ispettori REACH/CLP della regione FVG in fase di addestramento	1 evento formativo

3.2.15. 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)

Come è noto negli ultimi anni si è registrato un progressivo e inesorabile trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, che ha determinato una copertura vaccinale ben al di sotto del 95% con la riaccensione di focolai epidemici come quello di morbillo in Italia. Tale valutazione epidemiologica ha portato all'introduzione dei nuovi obblighi vaccinali scolastici da parte del Ministero della Salute, unitamente all'approvazione del nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV)2017-2019.

Nonostante i possibili bias, i dati di copertura vaccinale a ottobre 2017 sembrerebbero significativi sull'efficacia della misura normativa nell'aumentare l'adesione alle vaccinazioni, almeno da parte dei soggetti esitanti.

L'obiettivo rimane pertanto quello di migliorare le attuali coperture vaccinali anche attraverso la rete con i PLS per l'eventuale somministrazione diretta di alcune vaccinazioni.

Nel campo delle malattie infettive non prevenibili da vaccino la tubercolosi rimane concentrata nella maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età, pertanto si rende necessario completare, diffondere e formare gli operatori in merito alle linee guida regionali sul controllo della tubercolosi

Sempre nel campo delle malattie infettive non prevenibili da vaccino il 2017 ha visto la comparsa di focolai di malaria autoctona e di arbovirosi in alcune regioni italiane che hanno riportato l'attenzione oltre sulle misure di protezione personale necessarie per prevenire i morsi di zanzara ed alle misure preventive da adottare a livello nazionale per le donazioni di sangue e di organi anche sulla prevenzione ambientale al fine di ridurre la diffusione delle zanzare responsabili di tali patologie

Poiché a livello regionale nel corso del 2017, emergenze in campo vaccinale e l'introduzione dell'obbligo vaccinale ai fini scolastici ha ritardato la realizzazione di alcune linee di lavoro queste vengono riproposte anche per il 2018.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	- Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Procedura uniforme per la gestione dei soggetti inadempienti in tutte le Aziende regionali.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
IRCCS Burlo: coordinamento per il completamento PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	PDTA completato

Nel 2018 dovranno essere realizzate le azioni previste dal Piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (PNCAR 2017-2018). Alcune azioni del piano sono state in parte anticipate dal Piano Regionale della prevenzione 2014 – 2018 mentre altre dovranno essere adottate ex novo. Trattandosi di un piano integrato medico – veterinario che richiede un approccio one-health gli obiettivi aziendali ed i risultati attesi sono descritti di seguito. Saranno individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e verrà costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identificherà le modalità di implementazione delle azioni e di costruzione del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale (elaborazione di un documento tecnico).

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sono individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruisce il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati definiscono modalità azioni regionali identificate nel PNCAR 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	Le AAS realizzate il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG.
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Le AAS aderiscono al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Le AAS assicurano che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio

Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Le AAS adottano delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018 2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list. Nel 2018 le AAS realizzano e registrano in SICER il controllo ufficiale di farmacovigilanza sulla base della programmazione regionale.
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Una AAS a rotazione organizza un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici. Per l'anno 2018 viene individuata l'ASUIUD

3.2.16. 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 in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	In ogni azienda è presente un ambulatorio
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
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.

3.2.17. 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.

Nell'ambito delle attività che saranno sviluppate dalle aziende sanitarie regionali, in tema di tutela della salute della donna e maternità responsabile, proseguono i percorsi formativi sull'allattamento al seno programmati dalla regione, organizzati dall'IRCCS "Burlo Garofolo" e diretti agli operatori dedicati.

La strategia di "salute in tutte le politiche" promossa dalla comunità europea si concretizza in azioni rivolte a migliorare le competenze e l'integrazione in materia di alimentazione sana, sicura e sostenibile tanto negli operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali quanto negli operatori del settore alimentare, attraverso lo sviluppo d'intese e accordi anche con soggetti non sanitari.

Azioni da programmare e realizzare a livello locale per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT attraverso una alimentazione sana, sicura e sostenibile:

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 2018 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 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2018 in ogni Azienda
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	un corso di formazione in ogni Azienda
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	partecipazione alla realizzazione del corso regionale report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale

3.2.18. 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;

- portare a termine, 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;
- attuare, 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.
- garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B).
- Ottemperare a quanto previsto dal piano vaccinale di emergenza per *blue tongue* su bovini e ovi-caprini su tutta la regione entro il 31 dicembre 2018

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

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
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 2017	<i>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:</i> <ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2018 - il n. audit per settore programmati per il 2018 - 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.
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	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: <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..

Garantire 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 2018.
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 2018
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.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità.

3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria

Nel corso del 2017 le Aziende hanno provveduto alla ridefinizione dell'organizzazione dell'assistenza medica primaria attraverso lo sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), l'implementazione delle nuove medicine di gruppo integrate e dei Centri per l'assistenza primaria (CAP), al fine del raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa. Al termine del 2018 ogni AAS/ASUI dovrà aver attivato almeno un CAP ogni 40-60.000 abitanti.

Nel 2018 è previsto il completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'Accordo Integrativo Regionale 2016-2018 (DGR 39/2016).

Troveranno applicazione il recepimento dell'Accordo Collettivo nazionale del 21.12.2015 per la specialistica ambulatoriale e una estensione dell'Accordo Integrativo Regionale con la Pediatria di libera scelta.

Nel corso del 2018 le Aziende continueranno le attività sperimentali, finanziate con fondi regionali, relative all'introduzione della figura dello psicologo all'interno di un Centro di assistenza primaria.

Nell'ambito del percorso di informatizzazione della Medicina Generale sarà avviata la sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico in tutte le AAS/ASUI.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018	1. Assistenza medica primaria riorganizzata in ogni Azienda in coerenza con le disposizioni regionali
2. Attività sperimentale dello psicologo nel CAP	2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP
3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	3. Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute

Inoltre, sia a livello aziendale che distrettuale, le AAS/ASUI realizzeranno una campagna informativa, per la popolazione, sulla nuova organizzazione della medicina generale.

3.3.2. Accredimento

Nel 2017 la direzione centrale salute ha concluso i procedimenti di autorizzazione/accreditamento delle strutture intermedie pubbliche ed in particolare delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) e degli Hospice e ha attivato i procedimenti di accreditamento delle strutture private di riabilitazione funzionale.

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 le hanno trasmesse alla direzione centrale salute per l'approvazione.

Nel 2018 la Regione parteciperà 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 2018 la direzione centrale salute completerà la definizione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento e dei relativi procedimenti delle strutture territoriali.

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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. 2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate. 2. L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale. .

3.3.3. Odontoiatria sociale

Nel corso del 2016 si è dato avvio al programma di odontoiatria sociale che nel 2017 si è ulteriormente sviluppato e troverà piena applicazione nel 2018. In particolare con la DGR 1060/2016, la DGR 1905/2016 e la successiva DGR 1681/2017 e con il decreto del direttore centrale n. 1259/2016 sono stati definiti le caratteristiche e il modello organizzativo della rete regionale delle strutture e degli ambulatori odontoiatrici e sono state approvate le disposizioni attuative del programma di odontoiatria sociale per gli enti del SSR.

Nel 2017 sono stati compiutamente attivati i Pronto Soccorsi Odontoiatrici e gli ambulatori di Patologia e Medicina Orale in ciascuna delle Aziende del SSR. Nell'ambito delle prestazioni EXTRA-Lea riservate ai residenti nel FVG sono stati attivati i primi ambulatori di protesi totale ed ortognatodonzia ed estese le fasce di accessibilità per la riabilitazione protesica e le terapie ortodontiche.

Nel triennio sarà implementata la rete odontoiatrica regionale finalizzata al miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni odontoiatriche e della loro appropriatezza, alla garanzia dell'uniformità di accesso e di trattamento in tutto il territorio regionale e all'omogeneizzazione delle procedure cliniche ed amministrative. Per il 2018, alle 5 Aziende Sanitarie e all'IRCCS Burlo Garofolo che collabora con ASUITS è richiesta l'attivazione/rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità. Nel 2018 alle Aziende viene inoltre richiesto il supporto all'esecuzione di un programma di odontoiatria scolastica che prevede la visita presso gli istituti scolastici di tutti i bambini iscritti alla prima elementare ed un intervento di educazione alla prevenzione orale per tutti i bambini dalla prima alla quinta elementare. Viene altresì chiesto di effettuare un analogo progetto attraverso la visita nelle strutture ove sono accolti di tutti i pazienti afferenti ai centri per disabili per la presa in carico assistenziale. Nel 2018 si prevede l'apertura a regime dei 5 ambulatori di protesi totale (Trieste, Cervignano, San Daniele, Udine, Azzano) e dei 5 ambulatori di ortognatodonzia (Trieste, Cervignano, San Daniele, Udine, San Vito al Tagliamento).

Alle 5 Aziende Sanitarie è altresì richiesta la piena collaborazione al Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per l'attivazione e la messa a regime della cartella clinica elettronica condivisa, per la semplificazione a partire dalla programmazione degli acquisti per il 2018 dei materiali utilizzati, per l'ulteriore reale coordinamento dell'offerta odontoiatrica aziendale e regionale anche mediante l'uniformazione delle regole degli ambulatori distrettuali ed ospedalieri e per l'adeguamento ed armonizzazione dei protocolli clinici ed amministrativi.

Alle Aziende viene richiesto il rispetto di quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attività di reportistica richiesta.

Alle Aziende è richiesta la stabilizzazione dell'offerta di odontoiatria penitenziaria in tutti gli istituti penitenziari della regione (Trieste, sezione maschile e femminile, Gorizia, Udine, Tolmezzo, sezione maschile e 41 bis, Pordenone).

Alle AAS/ASUI è richiesta l'attivazione di procedure per assicurare alle strutture odontoiatriche personale odontoiatrico e di assistenza e supporto assegnato stabilmente, a garanzia della qualità del servizio.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate	1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
2. Prestazioni non LEA erogate	2. 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. AAS 5: razionalizzazione dell'offerta nel distretto nord	4. Razionalizzazione dell'offerta tra l'ambulatorio di Maniago e Spilimbergo
5. ASUIUD: razionalizzazione dell'offerta	5. Definizione dei percorsi per attività ortodontica presso ambulatorio distrettuale e ospedale
6. ASUITs e Burlo Garofolo: razionalizzazione dell'offerta	6. Definizione di percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia
7. AAS3: stabilizzazione attività di PS	7. Apertura con personale proprio del PS di Gemona almeno 5/5 8-14
8. AAS2: prosecuzione attività svolte nel 2017	8. Razionalizzazione offerta San Giorgio di Nogaro e Latisana

3.3.4. Riabilitazione

Con l'applicazione degli standard previsti dalla nuova riforma è previsto un aumento dei posti letto di riabilitazione, sia ospedalieri che territoriali. Con la DGR n. 817/2016 sono stati approvati gli standard qualificanti le RSA riabilitative. Alle Aziende Sanitarie è richiesto di completare entro il 2018 il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.

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 2018 proseguono i lavori della Consulta con la partecipazione dei rappresentanti delle Aziende Sanitarie.

Nel 2017 sono proseguiti i lavori per la redazione del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale, di seguito PDTA, regionale per la sclerosi multipla, con il coinvolgimento anche dei referenti per l'età evolutiva. Entro il primo semestre 2018, tutte le AAS e ASUI adottano il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete	1. In ogni AAS e ASUI è attivato un gruppo integrato

per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla .	2. Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.

3.3.5. 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 era stato richiesto ai Direttori Generali degli enti del SSR, di adottare gli atti volti all'attuazione di quanto previsto dalla raccomandazione per il superamento della contenzione e di provvedere a costituire una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare per il monitoraggio del fenomeno della contenzione e per assicurare il ricorso a strategie di contesto alternative alla contenzione in un'ottica di superamento effettivo della stessa nelle realtà sanitarie e socio-assistenziali della Regione FVG.

Nel 2018 glie enti del SSR proseguono l'attività di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

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

3.3.6. Diabete

Nell'ambito della gestione integrata del diabete proseguiranno i programmi di cui alla DGR 1676/2015 "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete". Verranno, inoltre, implementati i programmi regionali relativi alla gestione del diabete in ospedale, di cui alla DGR 1572/2017, nell'ottica di superamento dei modelli assistenziali tradizionali, organizzando un lavoro di team ospedaliero. Propedeutici saranno i programmi formativi regionali destinati al personale ospedaliero.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	1. Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento
2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b- organizzazione dei team ospedalieri.	2. Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; costituzione e organizzazione dei team ospedalieri.

3.3.7. Cronicità

Con riferimento all'approvazione del "Piano nazionale della cronicità" (Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. atti 160/CSR) la Regione si è impegnata a recepire con propri provvedimenti e a dare attuazione ai contenuti del

Piano nei rispettivi ambiti territoriali, ferma restando l'autonomia nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze di programmazione regionale.

Il recepimento dei principi e dei contenuti del Piano suddetto prevede l'identificazione delle malattie croniche oggetto di intervento, l'individuazione delle principali criticità dell'assistenza erogata e la definizione di obiettivi generali e specifici di intervento e di indicatori per il monitoraggio.

Nel 2018 la Regione interverrà in particolare nell'ambito dello scompenso cardiaco, attraverso l'implementazione del PDTA specifico in tutte le Aziende.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	1. Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività

3.3.8. 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 di cui alla DGR 2190/2012 e l'attuazione delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori stabilite dai nuovi livelli essenziali di assistenza. Alle Aziende Sanitarie sono richieste la messa a disposizione dei professionisti esperti per la partecipazione ai gruppi di lavoro finalizzati alla revisione dei percorsi di assistenza protesica e la collaborazione alle attività formative per la diffusione delle nuove linee guida regionali.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .	1. Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Tetti spesa farmaceutica

Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa 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 2018 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

Obiettivi per le aziende sanitarie

In continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale del 2017, le Aziende dovranno assicurare ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera. In particolare, vanno attivate specifiche azioni mirate ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni favorendo nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (economicamente più vantaggiose per il SSR, a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità).

1. Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatazza. A tal fine 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 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).
2. L'EGAS nel corso del 2018, 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.
3. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovrà tendere ai valori target indicati.
4. Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.
5. Oltre alla promozione d'uso dei medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, in base a quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di

prescrizione di queste categorie di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla Direzione centrale.

6. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.
7. A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.
8. Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente l'EGAS rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. Lo stesso Ente assicura inoltre un 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.
9. Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma. In data 12 gennaio 2018 è stato ratificato, con DGR n. 12/2018, il nuovo accordo sulla DPC; le aziende provvedono all'adozione degli atti conseguenti.
10. 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. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci 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).
11. Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma

nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.

12. 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 una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). A tal proposito si richiama anche la DGR n. 12/2018.. Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.
13. 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 (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2018 e al 31.12.2018).
14. Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
15. Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.
16. Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va in particolare garantita, 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. In fase di erogazione diretta dei medicinali va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.
17. Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA.

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,1%
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,5%
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,0%
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	80,69%	87,0%
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	44,70%	57,8%
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,1%
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,7%
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,1%
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,4%

†basato sul report nazionale gennaio-settembre 2017

N.B. Tali indicatori potranno essere aggiornati in funzione di nuove scadenze brevettuali ovvero di associazioni fisse presenti sul mercato.

3.5. ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

L'ambito degli interventi sociosanitari sta attraversando una fase di importante trasformazione legata alla significativa estensione e all'emergere di nuove forme di bisogno della popolazione. Il processo di innovazione del sistema di welfare si orienta sempre di più verso una sempre maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione e verso un riordino e riorientamento 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.

È proprio in quest'ottica che 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 in particolare nuovi criteri di accreditamento e finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali, così come stabilito dai nuovi LEA. In questo senso la Regione ha intrapreso 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 nuovi LEA sociosanitari recentemente approvati con DPCM 12 gennaio 2017. Anche a questo scopo la LR 17/2014 ha previsto la presenza nella Direzione strategica delle AAS del Direttore sociosanitario al quale è affidato il mandato di programmazione e indirizzo delle attività sociosanitarie, esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione inter-distrettuale nelle medesime materie.

L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata

Il processo di riordino del sistema Regione-Autonomie locali intrapreso con l'entrata in vigore della legge regionale 26/2014, con il passaggio dei Servizi sociali dei Comuni alla gestione in UTI dalla stessa disposto, sollecita a rilanciare il processo di programmazione territoriale all'interno del più generale contesto del Piano dell'Unione inteso individuata quale strumento partecipativo di programmazione e pianificazione delle politiche locali (art. 17 L.R.26/2014).

In tale contesto, infatti, la pianificazione di zona di cui all'art. 24 L.R. 6/2006, con la predisposizione del PDZ, quale strumento fondamentale per la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi e dei servizi sociali a livello locale e per la programmazione unitaria nelle aree sociosanitarie tramite il raccordo tra PDZ e programmazione distrettuale/aziendale in materia sociosanitaria (PAT/PAL), rappresenta una modalità di lavoro che dopo la fase di sperimentazione (2006-2008) si è dotata di un impianto metodologico, di governance e di integrazione sociosanitaria definito con specifiche Linee guida (DGR 458/2012) consolidato nel corso degli anni (triennio 2013-2015 e successivi rinnovi). Con deliberazione 2465 del 16 dicembre 2016, tale impianto unitamente agli obiettivi regionali sociali e di integrazione sociosanitaria previsti per il 2016 sono stati confermati anche per l'anno successivo.

3.5.1. Anziani non autosufficienza

L'amministrazione regionale ha avviato, da alcuni anni, 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. Obiettivo del processo di riqualificazione è quello di portare la persona anziana e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi e di attuare una strategia incentrata sulla personalizzazione del processo di cura, che prevede un nuovo sistema di valutazione del

bisogno e una coerente classificazione dello stesso in diversi livelli di intensità e complessità assistenziali, a cui devono corrispondere idonee tipologie di offerta.

In attuazione di tale processo diverse sono le azioni intraprese nel corso di questi anni e hanno riguardato:

- l'adozione e introduzione dello strumento Val.Graf-FVG, quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone anziane e delle loro capacità residue (DGR 2147/2007);
- l'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane (GENeSys) e per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA-FVG);
- l'avvio di un sistema di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali per anziani;
- l'aggiornamento del fabbisogno regionale di residenzialità (DGR 672/2015);
- l'adozione del D.P.Reg. 144/2015 che definisce i nuovi requisiti minimi autorizzativi delle strutture residenziali per anziani e dei servizi semiresidenziali, nonché il processo di riclassificazione delle residenze già autorizzate al funzionamento.

Tale provvedimento è attualmente in fase di revisione. In particolare si prevede di modificare:

- o gli articoli del titolo X "Processo di riclassificazione delle residenze già funzionanti" attribuendo alle Aziende sanitarie - come stabilito dalla L.R. 31/2017, articolo 9, comma 44 - il compito di ri-autorizzare le strutture secondo la nuova classificazione prevista da regolamento;
- o alcuni requisiti minimi autorizzativi previsti dagli allegati B e C del regolamento.

L'attuazione del processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani rappresenta solo una delle tappe di un percorso mirante alla riqualificazione dell'offerta residenziale che prevede anche la definizione di un sistema di accreditamento dei servizi, nonché una revisione complessiva dei sistemi di finanziamento della non autosufficienza, per riorientare la spesa oggi sostenuta dalle istituzioni pubbliche da un approccio centrato prevalentemente sul finanziamento alle strutture ad un sistema focalizzato sul profilo individuale di assorbimento di risorse (profilo di bisogno). Per raggiungere tale obiettivo la Regione procederà all'adozione di successivi provvedimenti, in particolare:

- alla determinazione degli ulteriori requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali per anziani e delle procedure per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento istituzionale;
- alla determinazione delle procedure attuative per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 50 della legge regionale 17/2014;
- alla determinazione delle nuove tariffe (quote sociosanitarie) e del nuovo sistema di finanziamento della non autosufficienza nelle strutture residenziali per anziani.

Accanto al processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, la Regione intende proseguire nell'attuazione di politiche volte a favorire la permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita, la riduzione dell'istituzionalizzazione degli anziani e la ricerca di forme di domiciliarità innovativa. In linea con le politiche di sostegno alla domiciliarità, la Regione promuove la realizzazione di sperimentazioni di forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità, denominate "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa", i cui principi e modalità di attuazione sono stati recentemente aggiornati con D.G.R. 2089/2017. Ciò premesso, per l'anno 2018, le Aziende collaborano all'attuazione del percorso avviato negli anni precedenti con le seguenti azioni:

Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti

Tutte le AAS e ASUI attuano il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento, secondo quanto previsto dalle modifiche apportate al titolo X del D.P.Reg. 144/2015, in particolare:

- supportano la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda;
- rilasciano le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione;
- avviano un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.

Sistema di VMD Val.Graf. FVG

In continuità con quanto previsto per l'anno 2017, tutte le AAS e ASUI 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 convenzionato. La valutazione deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale. A seguito della conclusione del processo di riclassificazione e del rilascio dei nuovi atti autorizzativi, le Aziende provvedono a svolgere tale attività valutativa ai fini dell'ingresso degli utenti in tutte le residenze per anziani non autosufficienti, comprese quelle non convenzionate, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015. A conclusione del processo di riclassificazione, tutte le AAS e ASUI avviano un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.

Nuovi convenzionamenti

Con DGR 672/2015 la Regione ha definito il fabbisogno di posti letto convenzionabili per ciascuna Azienda sanitaria fissando a 8.000 "quote sociosanitarie" il fabbisogno a livello regionale (circa 850 quote in più rispetto agli attuali posti convenzionati). Ha inoltre stabilito che tale numero costituisce il valore massimo al quale tendere gradualmente dopo il rilascio dei nuovi atti autorizzativi e compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

Per l'anno 2018 la Regione prevede di aumentare il numero di posti letto convenzionabili di circa 500 unità, attribuendo a ciascuna Aziende il numero di posti aggiuntivi indicati nella seguente tabella:

AZIENDA	N. DI POSTI LETTO CONVENZIONABILI AGGIUNTIVI
ASUI TS	127
AAS 2	165
AAS 3	158
ASUI UD	33
AAS 5	11
REGIONE	494

I posti letto convenzionabili aggiuntivi sono stati assegnati a ciascuna Azienda sulla base dei seguenti criteri:

- posti letto per non autosufficienti rientranti nella programmazione regionale degli investimenti presenti su ciascun territorio aziendale;
- fabbisogno di posti letto convenzionabili definito dalla DGR 672/2015 per ciascuna Azienda.

Le Aziende procedono alla stipula degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei suddetti posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.

Introduzione nuovo sistema di finanziamento

La recente legge di Assestamento di bilancio per gli anni 2017-2019 (L.R. 31/2017, art. 9, comma 47) stabilisce che siano definiti con deliberazione della Giunta regionale i nuovi criteri, limiti e modalità di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, e le regole per il finanziamento nella fase transitoria, prevedendo inoltre che, dalla data di avvio del nuovo sistema di finanziamento, siano abrogati i commi da 1 a 5 bis dell'articolo 13 della L.R. 10/97, riferiti dalla concessione dei contributi regionali finalizzati all'abbattimento della retta di accoglienza.

Il nuovo sistema di finanziamento, che recepirà le disposizioni previste dalla legge di riforma sanitaria (L.R. 17/2014) in tema di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), prevede in particolare che alle persone accolte nelle strutture residenziali convenzionate con le Aziende sanitarie sia garantita una quota sociosanitaria diversificata sulla base dei diversi profili di bisogno e che 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, concorrano alla composizione del valore economico di tali quote sociosanitarie. Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie:

a) Contributo abbattimento retta

Tutte le ASS e ASUI continuano a riconoscere agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).

b) Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento

Tutte le AAS provvedono a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare, entro il 30.06.2018, il modello tipo di convenzione che sarà indicato dalla Regione per regolare in modo uniforme su tutto il territorio regionale i rapporti tra AAS/ASUI e enti gestori.

In particolare, i nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere che a tutte le residenze per anziani già convenzionate sia riconosciuto:

- 1) un rimborso per gli oneri sanitari sostenuti per l'assistenza infermieristica e riabilitativa pari ad almeno:
 - € 10 die/pl convenzionato in Residenza protetta o ad Utenza diversificata;
 - € 8 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di Fascia A.
- 2) un rimborso forfettario per coordinamento infermieristico, gestione rifiuti speciali e trasporti sanitari pari ad almeno 120 euro annui per posto letto convenzionato.

Ogni Azienda sanitaria può comunque, sulla base di specifiche valutazioni, riconoscere a ciascuna residenza oneri sanitari aggiuntivi rispetto al valore minimo fissato dalla Regione.

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

Tutte le AAS 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 Salute entro il primo semestre del 2018, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

Flussi e sistemi informativi

In continuità con quanto previsto per l'anno 2017, le AAS e le ASUI monitorano, verificano ed eventualmente sollecitano l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG, anche alla luce di quanto previsto dal DPRReg. 144/2015 per le strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione. Per l'anno 2018, tutte le AAS e ASUI si dotano, inoltre, di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta. I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione. Infine, tutte le AAS e ASUI provvedono ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa.

Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"

Tutte le AAS e ASUI 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. Inoltre, l'AAS n. 5 definisce, in accordo con gli enti locali del territorio, un programma di revisione della rete di offerta dei servizi residenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente, e in particolare sperimenta modalità innovative di integrazione sociosanitaria nell'attuazione dei nuovi LEA per quanto riguarda le cure domiciliari.

Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso

Nel 2018 tutte le AAS e ASUI partecipano alla revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso. Partecipano inoltre alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in ogni azienda. A tal fine, ogni azienda individua e comunica alla Direzione centrale competente (Servizio integrazione sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito di un referente per la sperimentazione.

Rete per la presa in carico dell'anziano fragile

Tutte le AAS/ASUI contribuiscono alla realizzazione del modello di rete integrata attraverso la partecipazione di professionisti esperti al tavolo di lavoro permanente sull'anziano fragile che sarà coordinato da un rappresentante della DCS. Il tavolo di lavoro dovrà definire le modalità di presa in carico e di trattamento dell'anziano fragile in tutti i setting assistenziali (ospedale, cure intermedie, servizi residenziali e semiresidenziali e domicilio), nonché identificare i modelli organizzativi e i percorsi integrati in grado di garantire la continuità tra i vari setting. Dovrà inoltre definire le modalità di monitoraggio degli esiti attraverso strumenti di valutazione multidimensionali e criteri validati.

Piano demenze

Tutte le AAS/ASUI partecipano 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 programmi che verranno definiti dalla Regione. A tal

fine, ogni azienda individua e comunica alla Direzione centrale entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito di un referente sulla tematica.

L'ASUIUD sviluppa la sperimentazione in essere presso la Fondazione Muner De Giudici, potenziando gli interventi per accoglienze di sollievo a favore di persone affette da demenza.

3.5.2. Disabilità

Nella Regione Friuli Venezia Giulia i servizi e gli interventi rivolti alla disabilità, benché rappresentino una componente ricca ed articolata dell'attuale sistema di welfare regionale, evidenziano alcune criticità. Da un lato, il sistema di presa in carico risulta ancora troppo frammentato, non uniforme e definito nella attribuzione delle responsabilità, nelle modalità operative e negli strumenti organizzativi e professionali; dall'altro, l'impostazione dei servizi e degli interventi appare ancora troppo rigida e standardizzata, connotata da logiche prevalentemente assistenziali e non sempre capace di dare risposte adeguate alla complessità dei bisogni – anche sanitari - delle persone con disabilità. A questo riguardo è necessario avviare un percorso di maggior responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali e in particolare è necessaria una maggior attenzione al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva. Inoltre, le potenzialità e le risorse della persona con disabilità, della famiglia e della comunità di appartenenza non sono sempre presenti nelle prassi operative di molti servizi. Infine, l'assetto istituzionale risulta non essere più coerente con i nuovi riferimenti normativi (disposizioni ministeriali in materia di livelli essenziali di assistenza DPCM 12 gennaio 2017).

A fronte di questo scenario, l'amministrazione regionale intende definire una strategia d'insieme in grado di ri-orientare, in modo efficace e efficiente, le scelte strategiche di programmazione dei servizi e degli interventi e pertanto di porre le basi per un processo di riforma nel settore della disabilità, in linea con i più recenti orientamenti scientifici e culturali e con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità).

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

- completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96;
- sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali succitate in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa;
- sostenere un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo.

In particolare, per l'anno 2018, le AAS e ASUI provvedono:

- alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione;
- alla sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 della Comunità Piergiorgio – ONLUS e per la gestione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31;
- alla formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo.

Le AAS/ASUI valutano inoltre l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale, attraverso l'utilizzo della quota di risorse prevista nella mobilità interregionale.

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 altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.

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

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.

Dopo di noi

Al fine di garantire gli interventi previsti dal DM 23 novembre 2016 "Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016", per l'anno 2018 tutte le AAS e ASUI provvedono a partecipare attivamente alla definizione dei percorsi relativi all'abitare inclusivo 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" e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017 che la recepisce.

Autismo

Il Tavolo tecnico regionale sull'autismo continuerà i lavori iniziati nel 2017, orientati alla stesura di Linee di indirizzo regionali sui disturbi dello spettro autistico in età adulta, in coerenza con i contenuti della Legge 134/2015, 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.

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

3.5.3. Minori

L'amministrazione regionale da tempo avverte l'esigenza di garantire ai minori con problematiche sociali e socio-sanitarie, che richiedono l'allontanamento dalla famiglia di origine, percorsi di presa in carico in grado di rispondere, anche attraverso l'accoglienza in strutture residenziali, a bisogni diversificati. oltre che in base alla complessità e gravità clinica anche in base all'intensità assistenziale a seconda dei disturbi, dei contesti e delle 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. Tutti e tre i documenti, ma soprattutto i primi due, sottolineano l'esigenza di porre al centro dell'attenzione il percorso di presa in carico del minore piuttosto che la struttura/setting nel quale esso si esplica e, conseguentemente, di differenziare i percorsi per tipologia/livello di bisogni e conseguente necessità di supporto, determinato dall'intreccio tra caratteristiche cliniche, età, bisogni terapeutico-riabilitativi, bisogni assistenziali e livello di tenuta/supporto familiare e ambientale. In particolare l'Accordo stato regioni prevede che l'inserimento residenziale terapeutico avvenga dopo che nell'ambito della presa in carico siano stati attuati tutti gli appropriati interventi di minore intensità assistenziale e che, in assenza di un'esplicita indicazione relativa ad una più o meno prolungata discontinuità con il contesto di vita, anche gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale e la necessità di interventi riabilitativo-terapeutici frequenti, intensivi, multipli e coordinati non debbano comportare un inserimento in comunità terapeutica, ma debbano orientare verso un percorso di residenzialità socio educativa, con supporto specialistico variabile a seconda delle necessità.

Muovendo dalla stessa impostazione, Le linee nazionali di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni delineano un sistema di accoglienza residenziale che prevede una pluralità di servizi classificati in base a tre «caratteri»: residenzialità (articolata in comunitaria e familiare); funzione di protezione sociale (articolata in emergenza, tutela, socio-educativa, educativo-psicologica); cura sanitaria (articolata in diversi livelli di intensità a seconda dei casi).

A livello regionale la Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia nel corso degli ultimi anni ha dedicato particolare attenzione alla presa in carico dei minori – in particolare adolescenti con problematiche di tipo socio-sanitario - che richiedono l'accoglienza in strutture residenziali, soprattutto per l'assenza in regione di comunità di tipo terapeutico e il conseguente ricorso dei Servizi a comunità con sede fuori dal territorio regionale, e a motivo di una regolamentazione regionale delle strutture di accoglienza ormai superata. Per ovviare a tali carenze, da un lato, ha avviato un percorso di revisione della regolamentazione vigente e, dall'altro, ha posto, tra gli obiettivi della pianificazione di zona 2013-2015, la riduzione del numero dei minori inseriti in comunità e la diminuzione dei tempi di permanenza dei minori in comunità.

Le Linee di indirizzo per l'accoglienza fuori famiglia dei minori in situazione di disagio di prossima approvazione a livello regionale, hanno voluto riprendere tale percorso dandogli maggior efficacia e coerenza rispetto agli orientamenti nazionali. Definiscono, infatti, profili di bisogno a differenziata intensità, funzionali a compiere un'appropriata valutazione integrata che consenta di individuare coerenti profili di intervento con differenziata intensità assistenziale e terapeutica, da realizzarsi anche all'interno di servizi residenziali e semiresidenziali

rispondenti a specifici requisiti di qualità, e accompagnati da una corrispondente attribuzione di risorse e di responsabilità in merito a queste ultime secondo quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. 12/01/2017.

Ciò premesso, per l'anno 2018, tutte le AAS e ASUI collaborano alla messa a regime del percorso delineato dalle Linee di indirizzo regionali attraverso:

- sperimentazione dei profili di bisogno, individuati dalle linee di indirizzo, per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili, da potersi adottare in modo omogeneo a livello regionale;
- sperimentazione dei profili di intervento, revisione e validazione degli stessi;
- revisione e validazione dei requisiti di qualità previsti dalle Linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine, anche attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo svolte presso le stesse strutture

L'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali deve avvenire nell'ambito dei percorsi di presa in carico integrata tra AAS e SSC dei minori che richiedono un allontanamento dalla propria famiglia di origine, e dovrebbe favorire un processo di revisione delle modalità definite nell'ambito dei processi di pianificazione di zona e attualmente in uso. Il risultato atteso di questo processo per ciascuna Azienda è il seguente:

- ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione;
- riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali;
- introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione.

Inoltre, al fine di eliminare e/o ridurre i fattori di rischio e di danno involutivo in conseguenza di maltrattamento, abuso e grave trascuratezza nei confronti dei minori, si rende necessario promuovere la realizzazione e/o il consolidamento di modelli organizzativi specifici, dedicati e connotati da alta integrazione sociosanitaria. Le AAS/ASUI, in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del proprio territorio, attuano gli interventi necessari a realizzare e/o consolidare tale modello. In particolare l'AAS2 garantisce la continuità e la stabilizzazione dell'Équipe Integrata per la Tutela dei Minori e delle Famiglie dei SSC delle UTI Riviera Bassa Friulana e dell'Agro Aquileiese.

3.5.4. Salute mentale

Per quanto riguarda l'età adulta nel 2018 si avvierà l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano regionale salute mentale per l'età evolutiva e l'età adulta 2018-2020, di prossima approvazione.

Tra gli obiettivi prioritari di intervento si evidenziano:

- l'integrazione tra cure primarie e specialistiche e relativi percorsi di cura, con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni;
- la 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;
- l'avvio del percorso per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi di salute mentale
- la definizione di indirizzi regionali per l'abitare inclusivo;
- avvio del gruppo tecnico per l'accompagnamento delle procedure Budget di salute (BIS).

Per quanto riguarda l'età evolutiva, nell'ambito delle strategie previste dal Piano di settore sopra citato si evidenziano i seguenti obiettivi da raggiungere nel corso del 2018:

- l'implementazione della rete della neuropsichiatria infanzia e adolescenza secondo quanto previsto dai provvedimenti regionali (LR 17/2014, DGR 929/2015, DGR 1437/2015, DGR 443/2016, DGR 668/2017) e in coerenza con i contenuti dell'approvando Piano in questione dove detta rete troverà definizione. In particolare dovranno essere avviate le attività dei Centri diurni NPIA;
- predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.

Per quanto riguarda i BIS, nel 2018 verrà individuato un percorso per l'applicazione dello strumento anche nei progetti per la salute mentale in età evolutiva.

Nel corso del 2018, a seguito della gara per l'acquisizione del nuovo gestionale per la salute mentale età adulta ed età evolutiva, le Aziende avvieranno l'implementazione dello stesso. L'avvio in tutte le Aziende è subordinato alla validazione delle funzionalità del gestionale da parte di una Azienda pilota.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p><u>Età adulta</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi 2- Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure
<p><u>Età evolutiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali 2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA 3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale 	<ol style="list-style-type: none"> 1 NPIA attivate nelle Aziende 2- Evidenza avvio attività 3 Evidenza dei percorsi formalizzati

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare

Nel corso del 2018 si attuerà quanto definito nella DGR 668/2017 relativamente ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare. In particolare ogni Azienda provvederà alla messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di un'equipe funzionale. Presso ASUITS, AAS2, IRCCS Burlo Garofolo, tramite accordo e presso ASUIUD e AAS5 saranno operativi i Centri Diurni per l'età evolutiva e per l'età adulta. In coerenza con la DGR 668/2017 l'IRCC Burlo Garofolo per i minori e l'ASUIUD per gli adulti garantiranno la funzione di Osservatorio epidemiologico per i DCA.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale
2. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5	2. Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività
3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	3. Reportistica inviata in DC da parte di Burlo Garofolo per i minori e di ASUIUD per gli adulti

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore

Nel 2017 è stata data applicazione alla DGR 165/2016 e in ciascuna Azienda sanitaria è stata istituita la rete locale per le cure palliative dell'età adulta ed è stato formalmente nominato il responsabile della rete locale, individuato tra i medici in possesso di specializzazione in cure palliative o titolo equipollente. Inoltre con decreto del direttore centrale n. 462/2017 il coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore, di seguito coordinamento, è stato integrato con ulteriori professionisti degli Enti del SSR, tra i quali anche i referenti regionali per le cure palliative e la terapia del dolore dell'età evolutiva. Il coordinamento nella seduta del 24/10/2017 ha approvato i criteri di accesso alla rete delle cure palliative che saranno utilizzati dalle Aziende Sanitarie nel 2018.

Per quanto riguarda la terapia antalgica, in ogni Azienda Sanitaria sono istituiti/potenziati i centri hub e spoke per la terapia del dolore dell'età adulta, individuati dalla DGR 165/2016.

A tutti gli enti del SSR è richiesto di continuare l'attività di formazione in materia di cure palliative e terapia del dolore con le modalità individuate nel progetto formativo regionale.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. 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
2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal	2. Entro il primo semestre 2018 tutte le AAS e ASUI adottano i criteri di accesso alla rete delle cure

<p>coordinamento regionale .</p> <p>3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.</p> <p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione.</p> <p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p> <p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p> <p>7. Criteri di priorità della visita algologica.</p> <p>8. Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.</p> <p>9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p> <p>10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro hub.</p>	<p>palliative.</p> <p>3. Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)</p> <p>4. La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%</p> <p>5. Superiore o uguale a 0,3</p> <p>6. Uguale o superiore al 75%</p> <p>7. Entro il primo semestre 2018 tutte le AAS e ASUI adottano i criteri di priorità della visita algologica</p> <p>8. Tutte le AAS e ASUI con i propri rappresentanti partecipano all'elaborazione della proposta.</p> <p>9. Trasmissione report alla direzione centrale salute</p> <p>10.. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica h 24 7 giorni su 7</p>
---	---

3.5.7. Consulteri familiari

Nel 2018 verrà consolidato il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, auspicabilmente anche attraverso l'inserimento della figura dell'ostetrica all'interno dei CAP, nel percorso della gravidanza fisiologica e nel puerperio. Saranno implementati i percorsi della gravidanza fisiologica a gestione ostetrica e rafforzata l'offerta della visita domiciliare ostetrica nel puerperio. Saranno previsti percorsi per la donna in età post-fertile. E' prevista la valorizzazione dell'offerta consultoriale in linea con quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

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	2. Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna	3. Evidenza dei percorsi attraverso report di

3.5.8. Sanità penitenziaria

Nel corso del 2018 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. In particolare verranno trattati i temi dei percorsi clinici dei detenuti con attenzione ai percorsi di ospedalizzazione e l'ambito degli interventi di prevenzione. Nel corso del 2017 è stato definito il Piano regionale per la prevenzione del suicidio in carcere con le indicazioni per i Piani operativi locali tra Aziende sanitarie ed Istituti penitenziari, cui sarà data attuazione nel corso del 2018, anche con interventi formativi specifici su iniziativa regionale.

3.5.9. 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.

3.5.10. Dipendenze

Per il trattamento e la cura delle dipendenze dovrà essere rinnovato il Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti. Nello specifico delle risposte che si intendono mettere in atto per dare risposta al problema emergente del gioco d'azzardo patologico si dovrà dare seguito al Piano operativo regionale gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017 e si dovrà condividere le azioni da programmare per il Piano GAP 2018.

Al fine di supportare una rete di cura rivolta a persone con problemi di alcoldipendenza si intende promuovere degli spazi di confronto, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate e sui percorsi di trattamento disponibili.

A sostegno del Protocollo tra Ministero della Giustizia, Regione Friuli Venezia Giulia e Tribunale di Sorveglianza di Trieste sottoscritto il 29 maggio 2014, si intende promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova. In quanto l'avvalersi di misure alternative favorisce la possibilità di curare e "rieducare" il soggetto condannato affetto da dipendenza nel suo habitat socio-culturale, così da avere maggiori possibilità di reinserimento attivo nel tessuto sociale.

Relativamente agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale si intende avviare un monitoraggio con i servizi per le dipendenze sull'efficacia di tali strumenti. Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio	1.1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico

<p>Regionale sulle Dipendenze.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici. 3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova. 4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. 5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza. 	<p>operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette. 3..1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. 3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova 4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. 5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.
---	--

3.5.11. 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 socio-sanitari, in particolare provvede ad effettuare le seguenti attività:

1. Azioni di sistema

- supporto alla revisione, implementazione, manutenzione evolutiva piattaforma FAD e gestione corsi;
- supporto alla revisione degli attuali interventi per la definizione LEA socio-sanitari nelle aree ad elevata integrazione;
- partecipazione alla cabina di regia dei Sistemi informativi socio-sanitari.

2. Anziani

- supporto alla Direzione regionale salute e alle Aziende sanitarie e agli Enti gestori nell'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per 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 nell'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. Disabilità

- 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;
- analisi finalizzata allo sviluppo 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 Direzione centrale salute nella definizione di nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali e semiresidenziali;
- supporto alla Direzione centrale salute per sviluppare una proposta relativa al nuovo sistema di finanziamento, valutazione degli impatti e applicazione sperimentale in alcuni contesti circoscritti;
- supporto alla Direzione centrale salute per l'attuazione del Piano di interventi regionali per il "Dopo di Noi";
- supporto alla Direzione centrale salute per la promozione e lo sviluppo dei temi dell'accessibilità e della domotica.

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.

4. 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 delle AAS e ASUI nella sperimentazione dei profili di bisogno e di intervento previsti dalle Linee di indirizzo, monitoraggio degli esiti ed eventuale revisione dei profili.

5. 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;
- predisposizione istruttoria atti amministrativi inerenti alle Dipendenze;
- supporto al coordinamento del gruppo tecnico delle Misure alternative alla detenzione;
- supporto tecnico al Progetto di cui al comma 1 dell'art. 9 della LR 29 dicembre 2016, n. 25, al monitoraggio delle attività progettuali e supporto alla rendicontazione finale;
- supporto alla Direzione regionale salute per la predisposizione della bozza di Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.

3.6. PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

In continuità con la programmazione dell'anno 2017, obiettivo prioritario nell'ambito della riorganizzazione sanitaria regionale prevista dalla legge di riforma n. 17/2014, è quello di consolidare le attività avviate. In particolare, rispetto alle reti già deliberate, sarà di centrale importanza attuare i percorsi assistenziali già decretati in ambito regionale e definirne di nuovi quali strumenti operativi e di facilitazione per la connessione tra i nodi delle reti assistenziali ospedaliere.

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti

Con la DGR n. 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti; con DGR 2.533/2014, DGR 1.539/2015 e DGR 735/2017 sono state attivate le filiere Fegato, Rene e Cuore, mentre sono ancora da formalizzare gli avvisi delle filiere Pancreas e Polmone. Partendo da contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2017 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

Cuore

1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.
2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
3. 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 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio)

Fegato

1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.
2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con:
 - a. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente (ASUIUD 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10).
3. Avvio delle degenze di Epatologia presso il presidio ospedaliero *Santa Maria della Misericordia* di Udine e garanzia di un percorso assistenziale specialistico per i pazienti epatopatici acuti, a prescindere dal loro invio al trapianto.
4. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).

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 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio).

Polmone

1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).
2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare; l'obiettivo è raggiunto se entro il 2018 è stato realizzato un

evento formativo da parte di ASUITS, ASUIUD e AAS5 aperto anche al personale di AAS2 e AAS3.e vi hanno partecipato almeno l'80% degli infermieri previsti (3 per distretto).

3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare; l'obiettivo è raggiunto se entro il 2018 è stato realizzato un evento formativo da parte di ASUITS, ASUIUD e AAS5 aperto anche al personale di AAS2 e AAS3 in base ai bacini di riferimento e vi hanno partecipato almeno l'80% dei fisioterapisti previsti (2 per distretto).

Rene

1. 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 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2016 55,71%).
2. Potenziamento del programma Trapianti di rene con:
 - a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene
 - b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)
 - c. aumento dei casi di trapianto (almeno 60/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).

Tessuti oculari

1. Potenziamento del programma di donazione cornee (+ 10% delle donazioni del 2017)
2. Aumento del numero di trapianti di cornea ad almeno 110 in Regione per il 2018 (dato 2016 = 96)

Donazione d'organi e altri tessuti

1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.
2. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.

3.6.2. Emergenza urgenza

Per il 2018 vengono individuati gli obiettivi di seguito specificati:

Ictus

1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2018 di almeno 350 pazienti trattati nel territorio regionale (374 nei 2016 - 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. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (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) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017). Qualora sia attivo lo strumento informatico le Aziende sono tenute all'uso dello stesso anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto, diversamente le Aziende sono tenute alla trasmissione alla DCS di un report per ogni semestre del 2018 condotto su un campione di cartelle cliniche.

4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.

Emergenze cardiologiche

1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.
2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici).
3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto.

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 2016 del 71,77% - 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 2017 e 2018).
3. Formalizzazione della rete trauma

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 2016 del 64,06% - 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 76,82% - fonte Bersaglio)
3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.

Centrale operativa 118

1. Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso.
2. Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso e comunicazione dei dati rilevati al CREU)
3. Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018
4. Monitoraggio della formazione delle figure professionali, anche degli Enti in convenzione, sulla base dei profili di competenze individuati. Per il 2018, monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso con report da presentare al CREU entro settembre 2018.
5. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle AAS/ASUI

3.6.3. Reti di patologia

Oltre a quelle di cui ai punti 3.6.1. e 3.6.2., nonché a quelle che verranno attivate nel corso dell'anno (vedi paragrafo n. 3.1.9), nel corso del 2018 avviano o proseguono le attività anche le reti di patologia già approvate e di seguito indicate.

Malattie rare

Con la DGR 1002/2017, la rete delle Malattie rare della Regione approvata con DGR 1968/2016, è stata integrata con l'individuazione delle singole reti per gruppi nosologici e dei relativi centri coordinatori. Inoltre, sono state implementate le risorse per il centro di coordinamento. Ora che sono stati adottati tutti gli atti programmatici, il coordinamento regionale e le singole reti per gruppi nosologici sono nelle condizioni di assicurare la corretta implementazione del registro malattie rare e la produzione dei percorsi assistenziali delle patologie. Ogni rete di gruppo nosologico deve:

1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017;
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 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)

Malattie reumatiche

Nel 2018 prosegue il lavoro della rete con:

1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati;
2. Evidenza, nel sito aziendale di ogni AAS/ASUI, dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi (AAS5 e ASUI5) o alla struttura complessa (ASUIUD);
3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide;
4. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS.

Insufficienza cardiaca cronica

Con la DGR 735/2017 sono state formalizzate le reti cardiologiche la cui attività è stata avviata a fine anno. Per la rete dell'Insufficienza cardiaca cronica, nel 2018 si prevede quanto segue:

1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita

In seguito ai cambiamenti demografici in corso, nell'area materno-infantile si sta assistendo ad una contrazione delle nascite con ripercussione anche sull'attività delle Pediatrie e delle strutture chirurgiche con casistica in età pediatrica.

In ambito pediatrico è necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza. In particolare, per il 2018, dovranno essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- Individuazione degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, devono essere assicurati dall'IRCCS "Burlo Garofolo" attraverso:
 - o la centralizzazione presso la sede ospedaliera dell'istituto;
 - o la circolazione in più sedi di un'equipe chirurgica ed anestesiologicala dell'istituto
- Sviluppo del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica
- Centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione dei farmaci galenici pediatrici

- Formalizzazione della rete pediatrica regionale

Relativamente al percorso nascita, nel corso del 2018 continueranno i lavori del Comitato percorso nascita regionale relativamente ai compiti assegnati dall'accordo stato regioni 16/12/2010, n. 137, recepito con DGR 15/06/2012, n. 1083 con riferimento all'attuazione delle 10 linee di azione individuate dal suddetto accordo e monitorate a livello nazionale. Oltre alla partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita regionale, le aziende assicurano quanto segue::

- L'implementazione del percorso gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche;
- Il mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2016 pari a 16,94% - fonte Bersaglio).
- Il mantenimento dei parti indotti al di sotto del 22% (valore medio regionale 2016 pari a 21,99% - fonte Bersaglio; gennaio-ottobre 2017 pari a 21,26%).
- La trasmissione alla Direzione Centrale Salute (IRCSS Burlo Garofalo e ASUIUD in qualità di centri di II livello per il trasporto in emergenza perinatale) di un report annuale sull'attività di trasporto con i seguenti indicatori:
 - o N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario sul n. totale nati
 - o N. trasporti primari all'anno attivati entro 30 minuti/N. totale trasporti primari
 - o N. neonati < 34 settimane trattenuti nella struttura di I livello con scheda compilata dal centro T.I.N./N. totale neonati <34 settimane trattenuti nelle strutture di I livello
 - o N. STAM/N. totale parti
 - o N. STAM con documentazione clinica completa/N. totale STAM

3.6.5. Sangue ed emocomponenti

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

- mantenimento della raccolta di sangue intero a valori riconducibili almeno al valore medio della raccolta effettuata negli anni 2016-2017;
- raccolta complessiva di plasma almeno pari a 26.500 kilogrammi (afèresi + separazione), con un contributo percentuale dei tre dipartimenti non inferiore alla percentuale della popolazione attiva alla donazione (18-66 anni), registrata da ISTAT nelle tre aree (Nuovo Accordo Interregionale Plasma);
- Riduzione della quota di compensazione interregionale, rispetto alla pianificazione nazionale del 2017, ad almeno 5.000 unità da cedere alla regione Lazio (Centro nazionale Sangue).
- promozione e monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia da parte dei COBUS ospedalieri, mediante l'adozione e la validazione di uno strumento di analisi e valutazione dei dati (entro giugno 2018) e l'implementazione del metodo con valutazione dei risultati e la conseguente eventuale adozione di misure correttive (entro dicembre 2018);
- promozione della sicurezza della trasfusione con l'adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto (EMOWARD) e con l'implementazione di "sistemi barriera" per l'identificazione del paziente prima della trasfusione.

3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza

Nel 2018 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 è più necessarie. In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille (anno 2016 = 127,50, stima 2017 = 127,80).
2. Riduzione dei 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 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% 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 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio).
4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2016 di ogni AAS/ASUI.

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.

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG

La legge 8 marzo 2017, n. 24 *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* è attuata attraverso la Rete Cure Sicure FVG istituita con la DGR 1970/2016.

Per l'anno 2018 le attività saranno focalizzate sulla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate e sulla misurazione e verifica della loro adozione; per le linee progettuali attive, pertanto, il *Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali* definirà un set di indicatori per il monitoraggio delle performance raggiunte dalle aziende in ogni programma.

Inoltre, particolare attenzione sarà posta su:

- prosecuzione della strutturazione della Rete Cure Sicure FVG in accordo con la DGR n. 1970/2016 "*Rete Cure Sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo*", con particolare riferimento al completamento della formazione dei *link professional*;
- valutazione semestrale, tramite indicatori clinici ed organizzativi definiti dal *Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali*;
- pubblicazione delle informazioni, come previsto dalla legge 24/2017 e concordato dai tavoli tecnici della conferenza Stato-Regioni; in particolare, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario);
- prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco:
 - o predisposizione e diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale;
 - o mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento ai criteri STOPP&START e alle specifiche criticità emerse dalla *survey 2017*;
 - o adozione e diffusione della lista regionale dei farmaci non triturabili;
 - o formazione aziendale specifica e coinvolgimento dei medici di medicina generale (in collaborazione con CEFORMED);
 - o partecipazione alla *survey* regionale annuale secondo le indicazioni;

- rafforzamento dell'“alleanza strategica” con i professionisti (farmacisti, MMG, ecc.) e le organizzazioni di cittadini coinvolti nel progetto.
- prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di *antimicrobial stewardship*:
 - esecuzione della sorveglianza sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico secondo il protocollo concordato a livello regionale;
 - valutazione dell'aderenza alle linee di indirizzo terapeutico regionali come concordato dal *Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali*;
 - adozione delle linee di indirizzo regionali “*Riconoscimento precoce della sepsi in pronto soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto*” e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;
 - effettuazione di una simulazione di evento epidemico che coinvolga cure primarie e ospedale (preparedness);
 - formazione aziendale specifica e coinvolgimento dei medici di medicina generale (in collaborazione con CEFORMED);
 - revisione dei documenti regionali sulle indicazioni al trattamento come concordato dal *Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali*;
 - diffusione dei dati del report sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche (incluso l'ambito veterinario);
 - rafforzamento dell'alleanza strategica con i professionisti (farmacisti, MMG, ecc.) e le organizzazioni di cittadini coinvolti nel progetto;
- diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla *survey 2017* e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti;
- effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo;
- prosecuzione delle attività di *empowerment* dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di “*integrazione della lettera di dimissione*” e avvio di azioni di miglioramento.

Infine, i dati di consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice è ancora troppo elevato all'interno delle aziende, fatta eccezione per l'ASUIUD e gli IRCCS *Burlo Garofolo* di Trieste e *Centro di riferimento oncologico* di Aviano, che da diversi anni hanno già drasticamente ridotto l'utilizzo di questa tipologia di guanti a vantaggio di quelli in nitrile o vinile, decisamente meno allergizzanti, soprattutto per gli operatori, ma anche per i pazienti. Fermo restando che l'utilizzo dei guanti NON chirurgici in lattice dovrebbe essere azzerato, per l'anno 2018 tutte le aziende dovranno raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%. EGAS modulerà le gare di acquisto dei prodotti in tal senso.

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

La rete degli ospedali e servizi sanitari che promuovono salute (HPH) è stata avviata dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS come esempio di approccio basato sul setting dedicato alle organizzazioni sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza, le relazioni fra ospedali/servizi sanitari, la comunità, l'ambiente e la soddisfazione sia del personale che ci lavora, che dei cittadini e dei loro familiari che usufruiscono del servizio. Al fine di realizzare concretamente le potenzialità della rete HPH, finalizzata al guadagno di salute dei pazienti e dei loro familiari, del personale, della comunità e dell'ambiente, l'approccio deve essere comprensivo e globale, integrato nei sistemi gestionali e di qualità dell'ospedale e dei servizi sanitari.

La rete HPH del Friuli Venezia Giulia è stata costituita nel novembre del 2003. A giugno 2017, la Direzione Generale di AAS2, in qualità di Centro di Coordinamento Regionale, ha siglato il rinnovo dell'accordo 2017-2020 con la Segreteria Internazionale HPH, Centro Collaboratore dell'OMS per l'Evidence Based Health Promotion negli ospedali e servizi sanitari. Nel 2018 è necessario ristrutturare l'assetto organizzativo della rete regionale HPH, al fine di definire le linee strategiche da implementare negli anni a venire.

Nel corso del 2018 si procederà come segue:

- ogni AAS/ASUI/IRCCS individuerà un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio)
- la DCS ricostituirà il Comitato di coordinamento HPH regionale (entro aprile)
- il Comitato di coordinamento HPH regionale definirà un regolamento, che verrà formalizzato dalla DCS, per la composizione e il funzionamento dei Comitati guida aziendali (entro giugno)
- il Comitato di coordinamento HPH regionale proporrà alla DCS le linee di lavoro da implementare progressivamente nelle organizzazioni ospedaliere e dei servizi sanitari e un piano d'azione per il 2019 e gli anni successivi (entro novembre per poter essere inserite nelle Linee per la gestione del SSR del 2019)
- ogni AAS/ASUI/IRCCS attiverà il Comitato guida aziendale (entro novembre)

3.7. 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 2017, oltre al consueto programma sul contenimento dei tempi d'attesa, sono state avviate alcune progettualità che hanno previsto modalità innovative di gestione di tale rapporto. Nel 2018 si intende proseguire con i progetti avviati e focalizzare l'attenzione sui benefici determinati dall'implementazione di nuove modalità di gestione delle terapie.

3.7.1. Tempi d'attesa

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2018 si prevede di proseguire con le stesse modalità del 2017; 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 di 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 stanziato, 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.

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie

È dovere delle organizzazioni favorire 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. Per il 2018 le AAS/ASUI sviluppano progetti che favoriscono modalità di terapie in grado di recare minore disagio ai pazienti; a titolo di esempio si citano i seguenti ambiti:

- L'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali, a parità di efficacia e maggiore profilo di sicurezza, permette una gestione più semplice della terapia da parte dei pazienti, azzerando l'impatto delle terapie sulla vita dei pazienti e dei loro familiari, evitando il ricorso a controlli ripetuti e le ri-calibrazioni continue dei dosaggi, nonché producendo risparmi organizzativi determinati dalla riduzione dell'afflusso dei pazienti ai servizi per l'effettuazione del monitoraggio terapeutico. Per il 2018 si prevede di aumentare l'utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali rispetto alla terapia tradizionale. L'obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell'AAS/ASUI si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l'obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l'obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
- Il passaggio dalla modalità di somministrazione delle terapie per endovena di lunga durata (almeno 2 ore) alla somministrazione sottocute, o per altra via, permette di ridurre i tempi di occupazione delle postazioni di somministrazione (letti di DH), diminuire i tempi e i costi per la preparazione dei farmaci, diminuire in modo significativo i tempi di assistenza infermieristica, evitare la gestione di cateteri venosi centrali o periferici con riduzione dei costi e dei rischi conseguenti, aumentare il benessere dei pazienti ridando tempo alla vita degli stessi e dei loro familiari, con riduzione dell'impatto psicologico legato alla durata della terapia. Le AAS/ASUI e gli IRCCS valutano la possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.

3.7.3. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Studi internazionali dimostrano i benefici, in termini di ripresa delle proprie funzioni, riduzione delle complicanze cardio-vascolari, abbassamento degli indici ormonali di stress e riduzione della degenza che possono scaturire attuando un regime più aperto delle regole che governano la presenza dei familiari e dei visitatori nelle terapie intensive e in genere nei reparti a più alto impatto tecnologico (stroke-unit, UTIC, altre degenze semi-intensive). Le evidenze a disposizione hanno anche dimostrato che sono del tutto infondati le motivazioni (es. aumento di infezioni, interferenza nelle cure, ecc.) addotte da chi ritiene di mantenere tali reparti "chiusi". È invece dimostrato che la separazione dai propri cari è motivo di grave sofferenza del paziente e che uno dei bisogni più importanti dei familiari è quello di stare accanto al proprio caro e ricevere informazioni, con il risultato di ridurre l'ansia e facilitare il recupero psicofisico.

Nella nostra Regione, si è iniziato ad implementare tali evidenze nel corso del 2017, riducendo la presenza di reparti di terapia intensiva o semi-intensiva che impediscono la presenza libera del care giver (familiare, badante o altro). Si tratta di garantire la possibilità che un familiare o care giver (anche a rotazione) possa essere presente durante tutto l'arco della giornata. La comunicazione continua che scaturisce dalla presenza prolungata dei familiari, infatti, comporta una loro maggiore comprensione e una crescente fiducia nei confronti dell'equipe curante. Per il 2018 si prevede, per tutte le degenze intensive e semi-intensive della Regione, l'abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) poste a livello temporale per i care giver indicati dai pazienti, con presenza di uno per volta.

3.7.4. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Nella grande maggioranza dei reparti è abitudine di medici e infermieri far uscire dalla stanza i care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione di procedure infermieristiche, anche quando i soggetti assistiti sono anziani ed abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona. Tale modalità operativa ostacola l'informazione, crea apprensione da parte dei pazienti e dei loro familiari e impedisce di accedere ad importanti informazioni a coloro che più di altri saranno coinvolti nell'assicurare l'assistenza al domicilio una volta avvenuta la dimissione. Far uscire il care giver al momento della visita o dell'assistenza crea una barriera fra operatori e pazienti ed ostacola la continuità assistenziale. Anche per il 2018, per le degenze ordinarie della Regione, si prevede la possibilità che i pazienti possano avere accanto a sé un care giver, anche al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.

3.7.5. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

La valutazione dell'operato dei reparti passa anche attraverso la verifica del grado di soddisfazione del cittadino che è stato trattato nella propria struttura. Nel corso del 2017 è stato implementato il contatto telefonico ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata, entro 5 giorni dalla dimissione. L'obiettivo è duplice: da un lato far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, dall'altro acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti. Anche per il 2018 si prevede di proseguire con tale progetto, lasciando alle AAS/ASUI/IRCCS l'opportunità di estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento.

3.7.6. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Frequentemente l'incertezza e lo stato di spaesamento che caratterizza diversi pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri deriva dalla mancata conoscenza dei propri riferimenti professionali. L'esigenza è di essere certi che i professionisti che ruotano attorno al proprio caso, e si succedono nei turni e nelle giornate, lo facciano secondo una logica coordinata determinata dalle scelte di un solo medico individuato come responsabile di quel determinato episodio di ricovero. Anche per il 2018, pertanto, ogni paziente ricoverato in ospedale deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.

3.7.7. Privacy

Nel rispetto della tutela della privacy è necessario snellire le procedure affinché:

- al cittadino non venga richiesta la continua compilazione degli stessi moduli quando si rivolge ad enti diversi;
- nella gestione in rete dei pazienti, tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale siano garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi.

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nel 2017 è stata avviata la nuova SDO secondo le configurazioni definite dal Ministero della salute. Per il 2018 alle aziende dovranno raggiungere i seguenti obiettivi qualitativi:

- La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi;
- Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate.
- Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10%

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

Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano lo strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.

Le aziende sono pertanto impegnate nel costante processo di miglioramento della qualità dei dati in esse contenuti e nelle attività di manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS. Oltre agli indicatori altrimenti definiti, saranno usati come riferimento quelli previsti negli adempimenti LEA, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (programma nazionale esiti).

Per l'anno 2018 le aziende dovranno inoltre garantire:

CEDAP	adeguata compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre
EMUR Emergenza-Urgenza 118	Inserimento dei dati della scheda medico nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata.
EMUR Emergenza-Urgenza PS	percentuale media annua di anomalie non superiore al 6%
FAR	Miglioramento della tempistica di inserimento della data di ammissione al fine di inviare i casi nel corretto periodo trimestrale di riferimento con l'obiettivo di ridurre gli scarti ad una percentuale inferiore al 5%.
SIAD:	Inserimento dell'apertura e chiusura della Presa in carico nei tempi corretti per permettere l'invio nel periodo di riferimento. La percentuale di scarto per tale motivazione non deve superare il 2% (attualmente variano dal 4% al 9%)
SIND	Rilevare ed inserire i dati relativamente all'alcooldipendenza e al gioco d'azzardo patologico quando il Ministero della salute integrerà opportunamente il flusso SIND.
SISM	Compilazione delle seguenti variabili nel 100% dei casi: Stato civile, Collocazione socio ambientale, Titolo di studio e Codice attività professionale. L'utilizzo della voce generica non noto/non risulta non deve superare il 10% per ogni variabile. Inserimento appena il gestionale lo permette del numero progressivo SDO per i pazienti ricoverati in SPDC

Monitoraggio consumi dispositivi medici	Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza
Grandi apparecchiature	Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'elenco di cui allegato 1 del DM 22/04/2014 e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale è avvenuto il collaudo dell'apparecchiatura
Hospice	Inserimento dei casi entro il mese successivo al trimestre di competenza

Flussi ministeriali

Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.

Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra Assessorati

La regione FVG ha costituito l'Osservatorio Ambiente Salute (DGR 532/2014) alle cui attività sono chiamati a contribuire anche gli enti del SSR. Nello specifico l'ASUIUD, attraverso le strutture di Epidemiologia e di Accreditamento, gestione del rischio clinico e valutazione delle performance sanitarie, l'IRCCS Burlo Garofolo, attraverso la struttura di Epidemiologia clinica e ricerca dei servizi sanitari, e l'IRCCS Centro di riferimento oncologico, attraverso la struttura di Epidemiologia e biostatistica, contribuiscono alle attività previste nel piano di lavoro dell'Osservatorio.

Inoltre, l'IRCCS Centro di riferimento oncologico, attraverso la struttura di Epidemiologia e biostatistica dell'IRCCS Centro di riferimento oncologico di Aviano, prosegue l'attività di coordinamento e gestione del progetto di monitoraggio biologico per le Aree di Monfalcone e di Servola, alla quale sono tenute a prestare collaborazione, per l'attività di propria competenza, l'ASUITS e l'AAS2.

Programmi di sorveglianza

Come per gli anni precedenti le aziende saranno impegnate per le parti di loro competenza nei programmi di sorveglianza: OKKIo alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.

Inoltre, proseguono i programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale. Le aziende devono fornire l'adeguato supporto ai suddetti programmi ed attività.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Dal 2018, proseguirà la riorganizzazione dei servizi ICT e la definizione delle competenze fra INSIEL e Enti del SSR. Inoltre, si procederà al consolidamento dei seguenti servizi on line per i cittadini:

- potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini.
- l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente
- la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile.
- lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati
- l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata
- lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura.
- l'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.

Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:

- 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 – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679)
- sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri
- ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale
- Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014
- avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali
- revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative
- acquisizione di ulteriori licenze con completamento i tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia

Nel 2018 tutti i medici devono utilizzare sistematicamente la firma digitale per le attività informatizzate nelle quali è disponibile. Le aziende individuano specifici obiettivi in tal senso.

Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2018 s'interverrà su:

- a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero
 - a. cartella integrata clinico assistenziale: avviamento dell'implementazione presso il sito pilota individuato nell'AAS5. In seguito all'aggiudicazione della gara in corso
 - b. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari.
 - c. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on
 - d. Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica
- b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria
 - a. Piattaforma di connessione con la medicina generale
 - b. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy.
 - c. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG
 - d. Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI
- c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.

- d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:
 - a. Potenziamento delle reti geografiche e locali
 - b. Razionalizzazione dei data center aziendali
- e. Sistema direzione aziendale
 - a. Governo del personale
 - b. Governo logistico
- f. Sistema direzionale regionale
 - a. Data Warehouse gestionale
 - b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.

5.1. Sistema PACS regionale

Per il 2018 le linee di attività di interesse delle Aziende del SSR sono le seguenti:

- a. Estensione sistema PACS ad altre discipline:
 - Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva.
 - Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).
- b. 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.
- c. Referto multimediale:
 - collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia
 - avvio della fase di implementazione della soluzione a livello regionale
 - estensione agli altri settori clinici in cui è attivo il sistema PACS regionale.
- d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:
 - 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.

Per il 2018 le linee di attività di diretta competenza EGAS nel ruolo di supporto alla DCS nella conduzione del sistema PACS regionale sono:

- a. Sviluppo di soluzioni di consolidamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale e dei relativi sistemi di gestione e governance.
- b. Analisi delle possibili soluzioni di continuità del sistema PACS regionale in coerenza con i vincoli e opportunità degli accordi contrattuali in essere e con i programmi di sviluppo del sistema informativo sanitario regionale.
- c. Coordinamento delle attività per le aree di intervento aziendali precedentemente elencate

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Il 20 dicembre 2017 è partita la fase pilota di sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico in ambiente reale con alcuni medici di medicina generale. Nel corso dell'anno 2018 si prevede l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018.:

6. GLI INVESTIMENTI

Con la DGR n. 1820 del 29.09.2017 "Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019", così come riformata dalla successiva DGR n. 2107 del 26.10.2017 e in particolare il punto 4 è stata disposta la programmazione dei seguenti interventi di investimento nel SSR per un totale di 103.328.901,76 euro:

Ente	Finalità	Importo EURO
AAS2	Interventi di adeguamento edile impiantistico e tecnologico dei presidi ospedalieri aziendali	17.000.000,00
	Cervignano - CAP e sede territoriale 1° lotto	4.000.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
	Quota integrativa CUV-CUPRO	150.000,00
AAS3	Gemona- Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.000.000,00
	San Daniele- Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.168.000,00
	Rinnovo tecnologico	500.000,00
	PO Tolmezzo IV e V lotto	6.480.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
AAS5	Rinnovo tecnologico	2.900.000,00
	Sacile- Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.000.000,00
	Rinnovo tecnologico del Nuovo ospedale di Pordenone	7.684.335,26
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
ASUI TS	CT PET	2.200.000,00
	Rinnovo tecnologico	2.900.000,00
	Interventi di investimento edili impiantistici	12.000.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
ASUI UD	Interventi di rinnovo tecnologico	2.600.000,00
	Interventi di investimento in tecnologie e edilizia	10.000.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
IRCCS BURLO	Interventi di investimento in tecnologie e edilizia	1.200.000,00
	Programma odontoiatria sociale - acquisizione beni	50.000,00
EGAS	Acquisizioni e rinnovo beni mobili e tecnologici	240.000,00
SSR	Tecnologie sanitarie CAP/Medicina di gruppo	4.000.000,00
	Interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi (sistema amministrativo, infrastrutture ICT e dotazioni strumentali, ecc.) - prima quota	17.006.566,50
Totale		103.328.901,76

Con la successiva DGR 2201 dd. 17.11.2017 "Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 e riforma della DGR 349/2016", in attuazione della DGR n. 1820/2017 è stato dato mandato alla Direzione centrale Salute di adottare gli atti di competenza per il trasferimento in conto capitale, a valere sul capitolo 4398 – Missione n. 13 (Tutela della salute) e sul Programma n. 5 (servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 2 (Spesa in conto capitale) - per euro 17.300.000,00 sull'esercizio 2017, euro 17.800.000,00 sull'esercizio 2018 ed euro 17.000.000,00 sull'esercizio 2019, delle quote indicate nelle colonne corrispondenti della seguente tabella e di adottare con deliberazioni successive la programmazione definitiva, ai sensi della LR 26/2015, delle rimanenti quote di finanziamento, indicate nella colonna "Fase 2" della seguente tabella, complessivamente pari a euro 51.228.901,76, come già disposto dalla DGR n. 1820 del 29.09.2017:

Ente del SSR	Capitolo 4398 esercizio 2017	Capitolo 4398 esercizio 2018	Capitolo 4398 esercizio 2019	Fase 2	Totale
AAS2	5.985.974,04	2.951.428,15	12.262.597,81	-	21.200.000,00
AAS3	249.821,29	983.809,38	826.369,33	13.138.000,00	15.198.000,00
AAS5	2.294.063,44	1.649.911,52	606.025,04	10.084.335,26	14.634.335,26
ASUI TS	3.678.519,93	6.471.480,07	-	7.000.000,00	17.150.000,00
ASUI UD	4.283.067,25	5.061.924,92	3.305.007,82	-	12.650.000,00
EGAS	240.000,00	-	-	-	240.000,00
IRCCS BURLO	568.554,05	681.445,95	-	-	1.250.000,00
SSR	-	-	-	21.006.566,50	21.006.566,50
Totale	17.300.000,00	17.800.000,00	17.000.000,00	51.228.901,76	103.328.901,76

Conseguentemente, con decreto n. 1673 dd. 24.11.2017 è stata disposta la concessione definitiva delle sopraindicate quote sugli esercizi 2017, 2018 e 2019. Gli Enti del SSR adottano gli atti di programmazione per l'anno 2018, secondo le disposizioni della LR 26/2015, in attuazione della citata DGR 1820/2017, come riformata dalla successiva DGR n. 2107 del 26.10.2017, sulla base delle quote finanziarie a essi trasferite con il sopracitato decreto. Saranno successivamente stabilite le modalità con le quali gli Enti dovranno relazionare in merito allo stato di avanzamento degli interventi, dettagliando, per ognuno, lo stato di attuazione e di progressione della spesa fino ad esaurimento delle risorse finanziarie trasferite, saranno inoltre stabilite le modalità di regolazione delle eventuali variazioni di tale programmazione.

Nel corso del 2018, si procederà alla concessione definitiva e al trasferimento delle ulteriori risorse finanziarie indicate nella tabella alla colonna "Fase 2", complessivamente pari a euro 51.228.901,76, come già disposto dalla citata DGR n. 1820 del 29.09.2017, derivanti dalla riprogrammazione dei finanziamenti regionali impegnati per la realizzazione del Nuovo ospedale di Pordenone, a fronte della quota di finanziamento pari a 51.228.901,76 a carico dello Stato stabilita nell'ambito dell'Accordo sottoscritto a dicembre 2016.

La destinazione della quota di euro 17.006.566,50 per "Interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi (sistema amministrativo, infrastrutture ICT e dotazioni strumentali, ecc.) - prima quota", disposta con DGR n. 1820 del 29.09.2017 "Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019", così come riformata dalla successiva DGR n. 2107 del 26.10.2017, è riformata come indicato nella seguente tabella:

Ente	Finalità	Importo EURO
SSR	Interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi (sistema amministrativo, infrastrutture ICT e dotazioni strumentali, ecc.) - prima quota	10.006.566,50
	Quota da ripartire, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della LR 26/2015, tra gli enti del Servizio sanitario regionale in misura proporzionale al valore del patrimonio di ciascuno per interventi emergenti e non previsti programmazione degli Enti del SSR	6.400.000,00
	Realizzazione delle elisuperfici presso i presidi ospedalieri del SSR	400.000,00
EGAS	Quota integrativa per acquisizioni e rinnovo beni mobili e tecnologici e informatici	200.000,00
Totale		17.006.566,50

Nel corso del 2018 sarà definito il programma di investimento delle Tecnologie sanitarie CAP/Medicina di gruppo e Interventi d'investimento, per euro 4.000.000,00 e d'adeguamento sistemi informativi (sistema amministrativo, infrastrutture ICT e dotazioni strumentali, ecc.) - prima quota, per euro 10.006.566,50. Sarà inoltre completato dall'IRCCS *Centro di riferimento oncologico* di Aviano l'approfondimento dell'istruttoria finalizzata all'acquisizione della tecnologia di radioterapia con protoni mediante il ricorso al leasing finanziario, come disposto dalle sopracitate DGR 1820/2017 e 2107/2017, e sarà definita la copertura finanziaria per tale intervento per la parte a carico della Regione sul capitolo 4354 destinato a "interventi per la realizzazione di opere di edilizia sanitaria e acquisizione di apparecchiature sanitarie mediante strumenti di locazione finanziaria e finanza di progetto". A seguito di tali disposizioni gli Enti del SSR adotteranno le conseguenti variazioni gli atti di programmazione per l'anno 2018.

Preso atto della delibera dell'IRCCS CRO di Aviano n. 38 del 30.01.2018 avente oggetto "Lavori di risanamento conservativo di un'area al 1° piano del corpo di collegamento da adibire alla nuova "unità di preparazione farmaci antitumorali". CIG: 69899354d6 - CUP: J34e17000040002. ricognizione e ridefinizione delle risorse economiche piani investimenti anni 2013 e 2014" si dispone con la presente deliberazione la riforma del Piano annuale degli investimenti 2013 dell'istituto, approvato con DGR 1322/2014, prevedendo lo stralcio dell'intervento di Rilievo Aziendale "Riqualficazione del punto prelievi del DH oncologico + rimozione lana di roccia controsoffitti aree ambulatoriali, sale attesa e studi medici RT", finanziato con la quota di risorse proprie dell'IRCCS pari a euro 134.421,37, la cui realizzazione non risulta più necessaria per mutate esigenze aziendali.

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli investimenti sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SISR. Inoltre, per il PACS, la quota parte delle risorse iscritte nel bilancio regionale al capitolo 4354 danno 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

Nel 2018, relativamente al patrimonio, gli Enti dovranno acquisire il parere della DCS per:

- la sottoscrizione degli impegni con soggetti terzi;
- 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;

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)

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. In particolare, 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.

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2019, gli enti del SSR dovranno adottare e tramettere al NVISS l'aggiornamento annuale del programma preliminare degli investimenti entro il 15 settembre 2018 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.

7. LE RISORSE FINANZIARIE

Il sistema di finanziamento per il 2018 prosegue il percorso intrapreso negli anni precedenti, implementando ulteriormente ed ampliando i criteri allocativi delle risorse, secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione.

Per individuare gli standard per ogni azienda è stata utilizzata la popolazione pesata al 31/12/2016, secondo i pesi per la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale 2015. Per il livello dell'assistenza domiciliare integrata è stata considerata la popolazione ultra sessantacinquenne pesata; inoltre è stata individuata la popolazione residente oltre i 500 metri di altitudine alla quale è stato raddoppiato lo standard, in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili. Per il livello della prevenzione è stata utilizzata la popolazione non pesata, infine per il Pronto soccorso pediatrico è stata utilizzata la popolazione pediatrica sotto i 14 anni.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione in relazione all'ambito di ciascun ente:

	Regione	ASUI Ts	AAS2	AAS3	ASUI Ud	AAS5
popolazione secca al 31/12/2016	1.217.936	234.746	250.589	168.719	251.831	312.051
popolazione pesata al 31/12/2016	1.377.468	280.607	286.123	191.940	283.340	335.458
popolazione pesata > 65 al 31/12/2016	785.764	169.814	164.322	110.181	160.068	181.379
pop. pesata al 31/12/2016 oltre 500 m alt.	31.272			27.924	195	3.153

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta valutando le performance fra le aziende, oppure tramite riferimenti nazionali. In questa prospettiva si è quindi proceduto al graduale riequilibrio, come previsto all'articolo 53 della Legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014.

In prima battuta è stato detratto dal Fondo sanitario regionale una quota dello 0,01% ed accantonata tra i fondi sovraziendali da assegnare alle aziende quale quota premiale agganciata al corretto e tempestivo invio dei flussi al ministero.

Il finanziamento 2018, ad un primo livello, è ripartito fra le aziende sulla base delle funzioni e della quota procapite. Tale finanziamento ammonta ad euro 2.079.788.620,00 ed è ripartito fra gli enti del SSR per una quota sulla base di attività non dipendenti dalla popolazione e sulla restante quota sulla base della popolazione pesata. 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;
- Centro trapianti;
- VAD cardiocirurgia;
- Centro malattie rare;
- Attività di Ricerca;
- Risorse aggiuntive regionali sono comprensive della quota di finanziamento storicizzata pari a euro 14.220.589,00 (comprensivo di oneri) per il comparto e a euro 6.813.076,00 (comprensivo di oneri) per la dirigenza;
- AIR medici di medicina generale è comprensivo dei costi sostenuti dalle aziende per gli accordi regionali integrativi ante 2016 e della parte iscritta a consuntivo 2016 relativa all'accordo 2016/2018 approvato con DGR n. 39 del 15/01/2016;

- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari;
- Farmaceutica file F;
- Personale disturbi comportamento alimentare, autismo;
- Attività Egas.

Per quanto riguarda la quota ripartita dalla base della popolazione pesata, si evidenzia quanto segue:

- Sono stati individuati tre standard per la farmaceutica territoriale:
 - o la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, con uno standard di 125 euro;
 - o la distribuzione farmaceutica territoriale diretta, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata, con uno standard di 61,00 euro che comprende i farmaci per l'epatite C ed esclude quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara.
 - o la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, con uno standard di 28,50 euro.
- Per l'assistenza domiciliare integrata, lo standard è stato fissato a 42 euro; inoltre è stato raddoppiato a 84 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine.
- Il finanziamento del livello dell'integrazione socio sanitaria fa riferimento agli standard assistenziali ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%.
- Lo standard per l'assistenza ospedaliera è complessivamente di 598,25 euro a livello regionale; remunera per 528,92 euro la parte tariffata e, per la restante quota, la complessità.
- Per le altre prestazioni di assistenza sanitaria (strutture residenziali specifiche/handicap) sono stati considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2016.
- 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 IRCCS regionali Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano.
- In relazione al personale per le progettualità che transitano in EGAS nel 2018 da altri enti del SSR, è stato previsto il trasferimento del finanziamento secondo la seguente tabella, arrotondato all'euro:

risorse umane	ASUI TS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS5	BURLO	CRO	tot
costo a bilancio	205.203,29	59.494,16	59.494,16	71.792,73	71.792,73	47.195,58	47.195,58	562.168,22
costo a fondo comparto	56.734,81	7.265,51	7.265,51	12.420,84	12.420,84	2.110,18	2.110,18	100.327,89
costo a fondo medici	7.190,30	7.190,30	7.190,30	7.190,30	7.190,30	7.190,30	7.190,30	50.332,11
costo a fondo PTA	5.102,26	5.102,26	5.102,26	5.102,26	5.102,26	5.102,26	5.102,26	35.715,80
oneri 35%	95.980,73	27.668,28	27.668,28	33.777,15	33.777,15	21.559,41	21.559,41	261.990,41
tot finanziamento	370.211,38	106.720,51	106.720,51	130.283,28	130.283,28	83.157,73	83.157,73	1.010.534,42

Il fondo sanitario regionale per l'anno 2018 è stato determinato in 2.241.488.399 euro; la Tabella 1 rappresenta l'assegnazione del finanziamento alle Aziende secondo la metodologia sopra descritta, mentre la Tabella 2 riporta il finanziamento delle attività finalizzate e/o delegate dalla regione (sovra-aziendali).

Il fondo per le liste d'attesa di cui alla L.R. 7/2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale" è stato incrementa di euro 2.000.000, passando così da euro 2.500.000 ad euro 4.500.000. L'importo di Euro 2.500.000,00 è evidenziato in una linea di finanziamento delle aziende territoriali mentre l'incremento di 2.000.000,00 è inserito tra le attività finalizzate e/o delegate dalla regione (sovra-aziendali), entrambi ripartiti sulla base della popolazione pesata. Tali importi, al fine del monitoraggio, devono essere evidenziati a parte con specifico accordo con l'erogatore. L'erogatore deve garantire le prestazioni che le aziende richiedono sulla base delle effettive esigenze relative all'abbattimento delle liste di attesa.

Le aziende predisporranno una procedura che evidenzii l'effettiva necessità di ricorso agli importi stanziati sulle liste di attesa e l'erogatore è legittimato ad effettuare le prestazioni esclusivamente su specifica autorizzazione delle aziende. L'utilizzo di tale fondo dovrà essere rendicontato alla Regione. La procedura verrà ulteriormente specificata nel documento tecnico.

Tabella 1: Finanziamento per funzioni e popolazione

	REGIONE	ASUI TS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS 5	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	EGAS
FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA	172.183.500,00	35.075.875,00	35.765.375,00	23.992.500,00	35.417.500,00	41.932.250,00			
pro capite proiezione 31/12	129,78	135,57	131,39	125,62	129,02	126,60			
standard	125,00								
FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA	84.025.548,00	17.117.027,00	17.453.503,00	11.708.340,00	17.283.740,00	20.462.938,00			
pro capite proiezione 31/12	62,83	54,81	59,06	62,74	67,49	69,24			
standard	61,00								
FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO	39.257.839,00	7.997.300,00	8.154.506,00	5.470.290,00	8.075.190,00	9.560.553,00			
pro capite proiezione 31/12	29,03	25,66	34,50	29,00	30,92	25,60			
standard	28,50								
FARMACEUTICA FILE F	8.161.355,00	337.969,00	165.520,00	123.948,00	3.015.125,00	45.806,00	117.705,00	4.355.282,00	
AFIR	17.769.337,00	3.619.830,00	3.690.987,00	2.476.026,00	3.655.086,00	4.327.408,00			
pro capite proiezione 31/12									
standard	12,90								
RICOVERI TOTALE	824.066.532,00	170.667.974,00	161.795.560,00	108.232.492,00	186.134.854,00	190.572.536,00	3.460.041,00	3.203.075,00	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	69.973.410,00	13.087.610,00	10.458.993,00	6.711.325,00	21.335.456,00	13.141.633,00	2.035.318,00	3.203.075,00	
7% tariffato	25.520.869,00	9.161.327,00			14.934.819,00		1.424.723,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 122,5 per 1000)	728.572.253,00	148.419.037,00	151.336.567,00	101.521.167,00	149.864.579,00	177.430.903,00			
pro capite mobilità ultimi 12m	559,32	578,54	556,83	564,08	552,21	548,65			
standard totale	598,25								
standard mobilità	528,92	528,92	528,92	528,92	528,92	528,92			
Pronto soccorso e centrale operativa	66.564.963,00	9.211.394,00	14.097.508,00	6.509.732,00	16.471.107,00	15.946.537,00	2.328.685,00		2.000.000,00
Emergenza territoriale	41.762.437,00	6.481.595,00	10.100.327,00	8.435.428,00	6.658.850,00	10.086.237,00			
SPECIALISTICA TOTALE	261.718.920,00	53.315.330,00	54.363.370,00	36.468.600,00	53.834.600,00	63.737.020,00			
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)									
pro capite mobilità ultimi 12m	182,49	193,52	183,93	172,22	175,60	183,73			
standard	190,00	190,00	190,00	190,00	190,00	190,00			
PREVENZIONE	112.074.420,00	21.601.318,00	23.059.189,00	15.525.515,00	23.173.478,00	28.714.920,00			
Veterinaria	560.372,00	56.037,00	84.056,00	224.149,00	72.848,00	123.282,00			
standard 5% fondo	92,02	92,02	92,02	92,02	92,02	92,02			
ADI	34.315.512,00	7.132.188,00	6.901.524,00	5.800.410,00	6.731.046,00	7.750.344,00			
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	20.662.020,00	4.209.105,00	4.291.845,00	2.879.100,00	4.250.100,00	5.031.870,00			
standard	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00			
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	27.500.055,00	5.059.851,00	5.075.658,00	3.649.416,00	6.776.470,00	6.938.660,00			
MEDICINA CONVENZIONATA	140.220.768,00	25.241.786,00	29.289.105,00	20.231.650,00	27.952.163,00	37.506.064,00			
Medici di medicina generale	99.327.748,00	17.652.371,00	20.977.968,00	14.149.767,00	20.187.215,00	26.360.427,00			
Costo Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	75.665.898,00	14.493.009,00	15.878.839,00	11.173.455,00	14.849.327,00	19.271.268,00			
Costo Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.)	23.661.850,00	3.159.362,00	5.099.129,00	2.976.312,00	5.337.888,00	7.089.159,00			
Pediatri di libera scelta	17.888.876,00	3.134.494,00	3.511.128,00	2.207.188,00	3.622.080,00	5.413.986,00			
Continuità assistenziale e altro	15.496.330,00	2.466.601,00	3.214.414,00	3.037.954,00	2.501.006,00	4.276.355,00			
Specialisti ambulatoriali	7.507.814,00	1.988.320,00	1.585.595,00	836.741,00	1.641.862,00	1.455.296,00			
Altre prestazioni di Assistenza Sanitaria (Strutture residenziali /Handicap)	63.042.342,00	17.672.408,00	9.891.767,00	6.307.512,00	16.831.121,00	12.339.534,00			
Funzioni socio assistenziali finalizzate	690.000,00	25.000,00			140.000,00	525.000,00			
L.R. 7/2009 Abbattimento Liste d'attesa	2.500.000,00	509.280,00	519.292,00	348.357,00	514.240,00	608.831,00			
Finanziamento Ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006	18.594.000,00						9.297.000,00	9.297.000,00	
Centro regionale trapianti e VAD	1.704.800,00				1.704.800,00				
Centro regionale malattie Rare	700.000,00				700.000,00				
Funzioni per lo screening metabolico, protesi cocleari, fibrosi cistica	1.200.000,00						1.200.000,00		
Finanziamento Area Welfare	1.200.000,00		1.200.000,00						
Finanziamento Risorse Aggiuntive Regionali (R.A.R.)	28.143.046,00	5.999.631,00	4.829.107,00	3.313.557,00	7.017.664,00	5.028.866,00	1.105.506,00	848.715,00	
Attività centralizzate EGAS con DGR 2036/2016	10.605.100,00	- 461.029,00	- 588.178,00	- 355.905,00	- 2.222.136,00	- 448.389,00	- 82.704,00		14.763.441,00
Ulteriore quota pro capite	101.126.126,00	21.204.388,00	24.031.220,00	12.289.390,00	19.320.156,00	24.280.972,00			
FINANZIAMENTO SU PROCAPITE E FUNZIONI	2.079.788.620,00	412.018.220,00	414.087.185,00	273.406.358,00	443.435.154,00	484.947.957,00	17.426.233,00	17.704.072,00	16.763.441,00
Integrazione di finanziamento	82.861.525,00	50.900.883,00	642.552,00	5.933.879,00	16.647.582,00	200.000,00	8.439.162,00	97.467,00	
FINANZIAMENTO ENTI	2.162.650.145,00	462.919.103,00	414.729.737,00	279.340.237,00	460.082.736,00	485.147.957,00	25.865.395,00	17.801.539,00	16.763.441,00
Attività trasferite EGAS 2018	-	- 370.211,00	- 106.721,00	- 106.721,00	- 130.283,00	- 130.283,00	- 83.158,00	- 83.158,00	1.010.535,00
FINANZIAMENTO ENTI 2018 EFFETTIVO	2.162.650.145,00	462.548.892,00	414.623.016,00	279.233.516,00	459.952.453,00	485.017.674,00	25.782.237,00	17.718.381,00	17.773.976,00

Tabella 2: Sovra-aziendali

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2018	Ente gestore	Note
1	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	ASUIUD	Linea centralizzazione
2	Elisoccorso	6.300.000,00	ASUIUD	Linea centralizzazione
3	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
4	Assicurazioni RC - polizza	3.649.164,00	EGAS	Linea centralizzazione
5	Assicurazioni RC - fondo copertura 2018	10.522.011,00	EGAS	Linea centralizzazione
6	Avalimento di personale delle Aziende Sanitarie	250.000,00	ASUIUD	Intervento specifico (LR 12/2009 art.10 comma 11)
7	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	63.000,00	EGAS	Linea prevenzione
8	Spese di funzionamento Cefomed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.450.000,00	A.A.S 2	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
9	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.610.000,00	EGAS	Intervento specifico (LR 19/2006 art.30)
10	Contratti per la formazione specialistica dei medici presso le scuole di specializzazione della Regione e fuori Regione	2.500.000,00	EGAS	DLgs 368/1999, art. 37
11	Rimborso oneri per indennizzi L. 210/92	827.828,00	EGAS	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
12	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
13	Progetti internazionali	100.000,00	A.A.S 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
14	Spese dirette delle Università inerenti al funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria, di cui ai protocolli d'intesa ex art 6, c.3, DLgs 502/1992	1.841.000,00	EGAS	Protocollo Regione Università - DLgs 502/1992, art.6 comma 3
15	Spese dirette dell'ARPA per il funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria per tecnici della prevenzione	170.000,00	EGAS	Protocollo Regione Università - DLgs 502/1992, art.6 comma 3
16	Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria	260.000,00	DCSISPS	Linea prevenzione
17	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del SSR (€ 2.016.285 comparto; €692.630 dirigenza; € 381.000 personale 118)	3.174.156,00	EGAS	Gestione risorse umane
18	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	ASUIUD	Linea prevenzione (DGR 2271/2012)
19	Prevenzione, trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo	60.000,00	A.A.S. 2	LR.1/2014
20	Piano della formazione, della comunicazione e studi	530.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
21	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici	70.000,00	EGAS	LR. 28/1990 e alla DGR 1588/2008
22	Progetto odontoiatria sociale	1.500.000,00	ASUIITS	Linea prevenzione
23	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	ASUIITS	Attività DGR 2559/2015
		400.000,00	ASUIUD	
24	Emergenza disinfezione zanzara tigre e zika virus	100.000,00	ASUIITS	Linea prevenzione
25	Incremento RAR attuazione riforma	484.898,00	EGAS	Gestione risorse umane
26	Accordo dei Medici di Medicina Generale	6.000.000,00	EGAS	Attività DGR 1635/2014; DGR 2368/2015; DGR 39/2016; DGR 1041/2016; DGR 2249/2016
27	Accordo dei PLS	130.000,00	EGAS	Attività DGR 578/2016
28	Obiettivo Flussi Ministeriali	220.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
29	Finanziamento Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	52.285,00	ASUIITS	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	
30	Contratti rinnovo	2.930.526,00	ASUIITS	Linea centralizzazione
		2.314.459,00	A.A.S 2	
		1.438.710,00	A.A.S 3	
		3.502.227,00	ASUIUD	
		2.530.807,00	A.A.S 5	
		535.970,00	Burlo	
		437.056,00	CRO	
		28.489,00	EGAS	
31	Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	156.585,00	ASUIITS	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	
32	Progetto Città Sane	30.000,00	EGAS	Linea prevenzione
33	Progetto Comunicatori verbali	39.000,00	ASUI UD	Linea centralizzazione
34	Accordo degli Specialisti ambulatoriali	295.500,00	EGAS	Linea centralizzazione
35	Ulteriore finanziamento per Liste d'Attesa	407.424,00	ASUIITS	L.R. 7/2009
		415.433,00	A.A.S 2	
		278.685,00	A.A.S 3	
		411.393,00	ASUIUD	
		487.065,00	A.A.S 5	
36	Finanziamento Soccorso Alpino	160.000,00	EGAS	L.R.24/2017 art. 16 comma 5
37	Rimborsi iscrizione volontaria SSN 2017-2018	5.453,00	EGAS	Linea centralizzazione
38	Saldo mobilità extraregionale anni precedenti	13.000.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
39	Piano sangue regionale	4.050.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
Sovraziendali 2018		78.838.254,00		

8. LE REGOLE GESTIONALI

8.1. 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* (convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella Tabella 1: "Finanziamento Enti SSR"; nei vincoli della farmaceutica territoriale e della farmaceutica diretta territoriale sono inclusi i farmaci per l'epatite C ed esclusi quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo/anno/paziente superiore ad Euro 500.000).
- Per la *Farmaceutica ospedaliera*: sulla base dei dati di ottobre 2017, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera del 16,5%, (esclusi i vaccini e farmaci oncologici ed emato-oncologici) rispetto al corrispondente periodo gennaio-ottobre. 2016 (dati inviati flussi NSIS-CO). Per il 2018 le aziende che hanno fatto registrare nel 2017 vs 2016 (gennaio-ottobre 2017):
 - ✓ un incremento superiore al 16,5% (ASUITS e AAS5) dovranno ridurre del 2% il valore registrato nell'anno 2017;
 - ✓ un incremento inferiore al 16,5%, (AAS2, AAS3, ASUIUD, CRO, Burlo) dovranno ridurre dell'1% il valore registrato nell'anno 2017.Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione ed i farmaci oncologici ed emato-oncologici.
- Per i *Dispositivi medici*, le aziende dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2017.
- 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 122,5 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.

8.2. Azioni operative

Esercizio provvisorio

Fino all'approvazione del bilancio preventivo 2018 le Aziende possono sostenere costi mensili nel limite di 1/12 dei ricavi iscritti nell'ultimo bilancio preventivo approvato.

Percorsi attuativi della certificazione - PAC

Ai fini dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) l'ente sperimentatore – Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – ha concluso la prima fase della sperimentazione e concluderà la seconda fase nel corso del 2018. Entro il 2018 saranno predisposti gli atti necessari al fine dell'acquisizione del relativo software.

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. Per le aziende sanitarie è prevista l'entrata a vigore del nuovo sistema a partire dal 1° ottobre 2018. Le aziende dovranno, in collaborazione con INSIEL, garantire l'operatività del nuovo sistema nella tempistica prevista.

8.3. Regole di gestione

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi, con l'avvertenza che, relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia provvederà ad inoltrare alle Aziende un apposito documento tecnico per consentire l'elaborazione in tempo utile dei documenti.

8.3.1. Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2018, 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 sociosanitaria, 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. Tale azione sarà operativa a seguito dell'emanazione dei conseguenti documenti attuativi da parte della DCS.

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 (per i pazienti extra-regione la compensazione continua con le modalità già in essere).

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). Anche per il 2018, tenuto conto delle stime sui setting di utilizzo secondo cui circa l'80% 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 2018 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.

Infusionali oncologici: per l'esercizio 2018 è stato assegnato il relativo finanziamento come funzione alle aziende erogatrici. La Direzione valuterà nel corso dell'anno la fattibilità di una compensazione regionale centralizzata intra-regionale per i medicinali oncologici infusionali ricompresi nell'Allegato B dell' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per gli anni 2014, 2015, 2016" secondo le modalità disciplinate nel medesimo accordo. Alla lista ufficiale sono stati aggiunti cinque principi attivi, attualmente in attesa di valutazione, per l'integrazione ai fini della compensazione interregionale per l'anno 2017. Le regole di imputazione in Siasa saranno le medesime del file – F nazionale da applicarsi ai pazienti residenti in aziende diverse da quella erogante.

Farmaci cura atrofia muscolare spinale - SMA: Tali farmaci saranno oggetto di rilevazione e monitoraggio nel corso del 2018 e le modalità di copertura verranno definite con successivi atti regionali. Le aziende dovranno darne una evidenza nella nota illustrativa.

8.3.2. 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 2018 nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2018 sarà quella relativa alla matrice del FSN 2017. La variazione tra le matrici è accantonata tra le risorse sovra-aziendali e non verrà poste a carico del risultato delle aziende.

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".

8.3.3. Mobilità internazionale

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 18 del Dlgs 502/1992 è prevista l'imputazione diretta sul bilancio regionale delle prestazioni erogate a partire dal 1.1.2007 in mobilità internazionale. Sono tuttora in corso di svolgimento i lavori del tavolo inter-istituzionale Stato – Regioni per la trattazione delle relative problematiche sia con riferimento all'individuazione dei saldi di mobilità sanitaria sia delle procedure da adottare per i relativi conguagli. Nelle more della definizione delle problematiche relative, 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) attualmente in fase di collaudo. Il Ministero della Salute eserciterà il doppio ruolo di Organismo di Collegamento e di Access Point nell'ambito dell'infrastruttura EESSI ponendosi al centro dei flussi provenienti dai Paesi UE e dal nodo centrale di smistamento di Bruxelles da una parte e delle Regioni e Aziende sanitarie dall'altra. Progressivamente i sistemi ASPE ed NSMI TECAS attualmente in uso saranno quindi abbandonati e saranno 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. L'Istituzione di tali Uffici o il rafforzamento di quelli esistenti è fondamentale già a partire dalla prima fase di sperimentazione al fine di favorire la consapevolezza su questo importante cambiamento di scenario. Le Aziende sanitarie potranno 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.

L'importanza di istituire appositi Uffici centralizzati sulla mobilità internazionale con livelli di responsabilità tali da poter interagire sia in ambito nazionale che europeo attraverso i flussi informativi e le richieste di Istituzioni e di cittadini/utenti è rilevante sia per la gestione degli ambiti attinenti ai Regolamenti Comunitari che alla Direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, in considerazione della complessa normativa in materia. 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.

Laddove sarà possibile, le aziende di confine con gli Stati membri della Comunità Europea svilupperanno, con il coordinamento regionale, una collaborazione paritetica con gli Stati confinanti per favorire percorsi assistenziali per i propri cittadini.

8.3.4. Gestione di attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (c.d. spese sovra-aziendali)

La tipologia delle spese sovra-aziendali ricalca sostanzialmente quella dello scorso anno, le singole attività che continuano ad essere oggetto di uno specifico finanziamento sono elencate nella tabella 2.

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.

Relativamente al fondo assicurativo, al fine di responsabilizzare le aziende, la quota del finanziamento 2018, pari a 10.522.011,00 di competenza dell'EGAS, viene ripartita tra le aziende secondo il criterio del personale sanitario pesato e dà origine alle seguente tabella. A consuntivo l'EGAS determinerà l'effettivo importo da accantonare al fondo. Tale importo, se determinato da maggiori rischi riguardanti sinistri 2018 verrà posto a carico del bilancio dell'azienda che li ha generati, se dovesse riguardare rischi antecedenti il 2017 l'importo sarà a carico della Regione.

Quota fondo assicurativo	ASUI TS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS 5	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	EGAS	Regione
	- 2.177.684	- 1.757.478	- 1.099.232	- 2.781.904	- 1.992.055	- 392.731	- 291.605	- 29.322	- 10.522.011
	2.177.684	1.757.478	1.099.232	2.781.904	1.992.055	392.731	291.605	29.322	10.522.011

8.3.5. Abbattimento rette per anziani non autosufficienti

La quota relativa all'abbattimento rette per non autosufficienti 2018, stanziata nel capitolo 4499, per Euro 45.000.000,00 viene assegnata ad inizio anno alle aziende in base al finanziamento storico. La quota incrementale di Euro 6.000.000 verrà assegnata con successivi atti regionali.

Con riferimento alla procedura di assegnazione delle risorse si precisa che tali contributi verranno erogati direttamente alle aziende che provvederanno con tali risorse a garantire i costi per i contributi per l'abbattimento delle rette.

9. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Gli Enti del SSR dovranno, prioritariamente, impostare la manovra sulle risorse umane in coerenza con l'evoluzione degli assetti organizzativi e istituzionali delineatisi in attuazione della legge di riforma sanitaria 17/2014 e nel rispetto della vigente normativa nazionale sul personale che, sostanzialmente, impone una gestione delle risorse umane efficiente che valorizzi le competenze in modo adeguato alle missioni aziendali e garantisca la tutela e la salvaguardia della salute dei lavoratori, realizzando conseguentemente l'ottimizzazione delle risorse finanziarie assorbite.

In continuità con gli indirizzi dati nel corso dei precedenti esercizi anche nel 2018 gli enti del SSR definiranno, in via previsionale e in termini quali-quantitativi, il fabbisogno di personale necessario al funzionamento delle strutture e alla realizzazione delle progettualità stabilite a livello regionale. Nell'ambito dell'autonoma responsabilità gestionale resta in capo alle singole direzioni aziendali la facoltà di scostarsi, in corso d'anno, dal dato previsionale per far fronte con tempestività a criticità operative inerenti il mantenimento dei livelli assistenziali e/o la garanzia dell'erogazione di servizi all'utenza o indispensabili al funzionamento dell'azienda/ente. Resta inteso che tali eventuali variazioni sulla manovra del personale possono essere realizzate esclusivamente nel rispetto dell'equilibrio di bilancio 2018 ed in proiezione negli anni successivi.

Nel dar corso alla manovra sul personale le Aziende ed Enti daranno priorità all'attuazione delle disposizioni di cui alla DGR 1384/2016 e all'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 in materia di stabilizzazioni del personale precario.

MONITORAGGI INFRANNUALI

Al fine di rendere la manovra chiara e monitorabile, gli enti del SSR dovranno evidenziare la dotazione organica, espressa in termini quali-quantitativi esistente alla data del 31.12.2017 e quella prevista al 31.12.2018. Le variazioni di organico vanno dettagliatamente motivate e devono essere rispettose della normativa nazionale in materia di contenimento dei costi del personale dipendente e di blocco delle risorse destinate al trattamento accessorio dello stesso, fatti salvi gli effetti dei trasferimenti di funzioni tra enti regionali.

In presenza di un andamento dei costi del personale che proietti un valore eccedente quanto programmato, gli enti predispongono contemporaneamente i correttivi e le azioni necessarie finalizzate al rientro di tale quota.

Parimenti, in presenza di un andamento economico relativo all'anno 2018 che prevede una stima di chiusura dell'esercizio non in equilibrio, l'azienda, al fine di poter procedere all'incremento del fondo di produttività/risultato del 1% del mone salari (come tetto massimo) dovrà rappresentare nei singoli PAL/PAO/PA la predisposizione di un programma con l'evidenza di specifiche azioni di riduzione dei costi finalizzate al rientro della perdita e al raggiungimento del pareggio di bilancio. Tale programma sarà valutato in sede di chiusura dell'esercizio di riferimento.

Con l'intento di valutare la necessità di introdurre eventuali tempestivi correttivi all'andamento della spesa per personale, anche in proiezione sugli esercizi successivi, la Direzione Centrale Salute predisporrà, nel corso dell'anno, monitoraggi o richieste aggiuntive, per le valutazioni di competenza.

MOBILITA' VOLONTARIA

Nell'ambito della messa in atto del trasferimento dei rapporti di lavoro, quale conseguenza dei processi di riordino, di riorganizzazione di specifiche funzioni disciplinati e dai documenti di programmazione annuale e

stante la complessità dei diversi contesti organizzativi con particolare riguardo alla loro valenza sovra –aziendale, lo spostamento del personale avviene prioritariamente su base volontaria.

A tal fine è nell'interesse del sistema che gli Enti del SSR diano attuazione ai processi di mobilità all'interno del SSR concedendo il previsto parere sulle richieste di trasferimento del personale interessato in modo tale da consentire in via prevalente la mobilità volontaria e contribuire al graduale compimento della riforma sanitaria. Un tanto con specifico riferimento al trasferimento, in particolare, del personale degli Enti del SSR all'EGAS per le attività connesse alla Centrale Operativa regionale 118.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Nel 2018, le aziende potranno acquisire prestazioni aggiuntive nei confronti degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nei limiti e alle condizioni stabilite dall'articolo 1, comma 2 e ss. del DL 402/2001 convertito con L. 8.01.2002 e s.m.e.i. e, per quanto riguarda la dirigenza medica nel rispetto dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005. Trattandosi di eventualità non programmabile, qualora ne ricorrano le condizioni, l'Ente dovrà richiedere apposita autorizzazione regionale. La richiesta di autorizzazione dovrà dimostrare il preventivo ricorso all'istituto del lavoro straordinario e l'utilizzo degli altri fondi contrattuali, attraverso l'invio dei relativi accordi integrativi aziendali, nella considerazione che l'acquisto di prestazioni aggiuntive deve collocarsi in modo coerente con le più ampie esigenze derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa del personale.

RINNOVI CONTRATTUALI

In presenza di eventuali rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro ricadenti sull'anno 2018, i relativi oneri verranno finanziati dalla Regione che ha previsto un'apposita linea di finanziamento sulle spese sovra-aziendali.

PERSONALE DI RICERCA DEGLI IRCCS

A seguito delle recenti disposizioni sulla stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale e di ciò che è disposto dalla legge di stabilità nazionale per il 2018, si prevede l'avvio di un percorso che porti alla graduale stabilizzazione del personale di ricerca degli IRCCS. A tal fine gli IRCCS *Burlo Garofolo* di Trieste e *Centro di riferimento oncologico* di Aviano dovranno predisporre una dotazione organica aggiuntiva a quella esistente.

9.1. Formazione

Riguardo alla formazione si rappresentano i seguenti temi di interesse regionale:

- A. le priorità regionali in termini organizzativo – gestionali
 - B. indicazione per i provider pubblici del SSR
 - C. indicazioni per tutti i provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM
 - D. le priorità sui temi della formazione
-
- A. Le priorità regionali in termini organizzativo - gestionali.
 - Continuazione nello sviluppo della FAD

La Regione intende continuare il percorso avviato nel 2016 - 2017 per la diffusione della FAD in quanto strumento che per la sua flessibilità consente di raggiungere, in modo reticolare, gli obiettivi di efficacia ed economicità, soprattutto per alcune tipologie di corsi. Per il 2018 si prevede l'utilizzo a regime con la piattaforma regionale di *e-learning HTL*, integrata con l'applicativo *GFOR*, per la fruizione di eventi formativi, sia previsti ai sensi del D.Lgs. 81/2008 che connessi al governo clinico. Il *format* degli eventi formativi sarà quello indicato dalla Regione. Per quanto riguarda la *governance* della piattaforma le indicazioni saranno fornite dalla Direzione centrale competente.

- *Iscrizioni on line agli eventi formativi*

Al fine di consentire un maggiore efficientamento del processo di gestione degli eventi formativi sarà a regime la funzione di "*iscrizioni on line*" agli eventi formativi presso tutti gli enti SSR. Tale funzione è necessaria per la fruizione della FAD.

- *Qualità della formazione continua ed ECM*

Avuta considerazione dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "*La formazione continua nel settore salute*" (Rep. Atti n. 14/CSR dd. 02.02.2017), il tema della qualità e della valutazione d'impatto della formazione sarà oggetto di sviluppo grazie al contributo dei vari attori del sistema regionale di formazione continua ed ECM. L'Osservatorio regionale della qualità della formazione continua (ORFOCS), sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione regionale per la formazione continua e l'ECM (CRFC) continuerà nell'azione di proposta e coordinamento, assieme alla Direzione centrale competente, di programmi di promozione della qualità della formazione continua ed ECM. Si rappresenta che, in particolare, dovrà trovare realizzazione per il 2018 un sistema strutturato di valutazione della qualità dei singoli eventi formativi attraverso visite in loco. La valutazione d'impatto, ovvero di efficacia reale della formazione, sarà perseguita su particolari eventi riconosciuti come strategici dalla Regione. In entrambi i casi la Direzione centrale competente fornirà gli strumenti e le indicazioni. Sarà proposta la realizzazione di progetti di analisi quali-quantitativa inerenti l'offerta di formazione continua e di educazione continua in medicina sul territorio regionale da parte degli enti accreditati.

- *Sponsorizzazione individuale e reclutamento dei discenti.*

Considerato che il tema non è mai stato oggetto di un'analisi strutturata, nel corso del 2018 i competenti organi regionali (CRFC e Comitato di garanzia), coerentemente con quanto indicato nel predetto Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "*La formazione continua nel settore salute*", porranno in essere le azioni necessarie per l'analisi del fenomeno, il relativo monitoraggio e le proposte di sviluppo, con focus particolare sul reclutamento.

- *Accreditamento standard dei provider ECM*

Nel corso del 2018 tutti i provider accreditati con riserva nel 2016 passeranno, su istanza di parte, all'accreditamento standard di durata quinquennale: sul possesso dei requisiti dichiarati e sulle attività degli stessi la Regione effettuerà i controlli, quali - quantitativi previsti dal manuale dei requisiti per l'accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM nel Friuli Venezia Giulia.

- *Informatizzazione della gestione della formazione*

Le evidenze dimostrano che uno sviluppo completo di alcune funzionalità informatiche (aumento dell'informatizzazione) possono comportare risparmi in termini di risorse umane impiegate nei processi amministrativi legati alla formazione, aumentando l'efficacia e snellendo le procedure con riduzione del

rischio di errore. Nel corso del 2018, la Direzione centrale competente, in collaborazione con i provider accreditati, dovrà definire le ulteriori necessità di informatizzazione (ed i relativi tempi di realizzazione), anche per quanto riguarda la creazione di report sull'attività del sistema regionale ECM e la gestione della valutazione d'impatto degli eventi.

B. Indicazione per i provider pubblici del SSR.

Lo strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM è il Piano regionale della formazione (PFR) che viene adottato con decreto del Direttore centrale ed integrato in corso d'anno. Le attività dei *provider* pubblici del SSR dovranno tenere conto delle priorità regionali indicate al paragrafo precedente e dovranno prevedere un impegno formativo sui temi indicati come strategici dal presente documento, dal Piano regionale della formazione e dalle rispettive direzioni aziendali e saranno attuate mediante percorsi formativi realizzati:

- dalla Regione, per il tramite di EGAS o altro *provider* espressamente indicato;
- dagli Enti del SSR, secondo le indicazioni vincolanti in termini di priorità, obiettivi, tempi, contenuti e destinatari forniti direttamente dalla Regione;
- dagli Enti del SSR, senza vincoli da parte della Regione, in relazione ai fabbisogni formativi specifici di ciascun ente.

C. Indicazioni per tutti i provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM.

I *provider* regionali nella gestione complessiva delle attività formative si uniformano a quanto previsto nel *Manuale regionale per l'accreditamento degli eventi formativi* del sistema regionale di formazione continua ed ECM. e provvedono, tendo conto del *format* predisposto dalla direzione centrale competente, alla stesura ed invio alla stessa direzione centrale del *Piano formativo annuale*, quale strumento di programmazione, entro il 31 marzo 2018, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF, nonché alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2017, entro il 31 maggio 2018.

D. Le priorità sui temi della formazione

La Legge regionale n. 17/2014, riordinando il sistema sanitario regionale, all'art 45 Formazione del personale, "*riconosce e promuove la formazione del personale quale strumento fondamentale per mantenere elevati e crescenti livelli di qualità nell'erogazione di prestazioni dei servizi sanitari e socio sanitari a tutela della salute pubblica*" e impegna la Regione a promuovere e sostenere, in particolare, iniziative formative finalizzate a:

- valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;
- favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;
- sostenere le attività di formazione dei medici di medicina generale per il corso triennale di formazione specifica e quelle dedicate ai farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio ed inerenti alle attività di farmacia dei servizi.

A tal fine si indicano le seguenti priorità:

- Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR di cui alla LR 17/2011, con particolare riferimento ai Piani regionali ed alle Reti di cui agli artt. 37,38 e 39 della predetta legge;

- Emergenza urgenza, secondo il programma di attività proposto dal Comitato Regionale Emergenza Urgenza;
- Screening oncologici: iniziative di formazione a sostegno della qualità dei piani di prevenzione;
- Formazione manageriale finalizzata a valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, amministrativa e professionale;
- Lean management;
- Sviluppo delle competenze dei quadri intermedi;
- Trasparenza ed anticorruzione;
- Formazione dei formatori e approfondimenti relativi al tema della qualità e delle valutazioni d'impatto della formazione in sanità, sviluppo del sistema delle competenze dei progettisti di formazione, dei docenti, dei responsabili scientifici, dei tutor e in generale di tutti gli attori della formazione;
- Corso di formazione manageriale per dirigenti di struttura complessa ai sensi del D.Lgs. 502/1992., in base a all'accordo fra Ministero, Regioni e Province autonome del 1/ luglio 2003.

Altre priorità, proposte per i PFA e riferibili alle attività pianificate in relazione ai fabbisogni delle singole aziende, in merito ai seguenti temi:

- umanizzazione delle cure;
- sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. n. 81/2008);
- sicurezza del paziente (risk management);
- cure palliative e terapia del dolore (L. 38/2010);
- integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;
- gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluri-patologico;
- promozione corretti stili di vita;
- adozione di linee guida EBM ed EBN sull'evidenza dei sistemi e dei processi clinico assistenziali;
- cultura del lavoro in team multi - professionale e adozioni di modelli di lavoro in rete;
- valorizzazione e motivazione delle risorse umane;
- altre tematiche individuate congiuntamente dagli enti SSR;

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 DCSISPSF 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 ovicaprino	≥ 98% del 10% dei capi
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprino controllate (3%) per anagrafe ovicaprino	≥ 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	$\leq 20'$

ALLEGATO C – EROGAZIONI DI CASSA 2018

Nelle more dell'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2018 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (in breve DCS) è autorizzata ad erogare mensilmente agli enti del Servizio sanitario regionale, in via provvisoria e salvo conguaglio, 1/12 dei trasferimenti già previsti per l'esercizio 2017 con DGR 736 dd. 21.04.2017 e ss.mm.ii., ridotti in proporzione alle minori disponibilità di risorse di parte corrente destinate al finanziamento diretto indistinto degli Enti del SSR per l'esercizio 2018 rispetto al precedente 2017 (come quantificato nella tabella 1: finanziamento per funzioni e popolazione del presente documento), come di seguito indicato:

AZIENDA	TOTALE EROGAZIONI ANNUE FINANZIAMENTO DIRETTO INDISTINTO 2017 ex DGR 736/2017 e ss.mm.ii.	TOTALE EROGAZIONI ANNUE 2017 DIMINuite IN PROPORZIONE ALLE MINORI RISORSE 2018	EROGAZIONE MENSILE PROVVISORIA 2018 FINANZIAMENTO DIRETTO INDISTINTO (*)
	Col. 1	Col. 2 = Col. 1 ricalcolata in proporzione	Col. 3 = Col. 2 / 12
A.S.U.I. DI TRIESTE	456.617.473,00	451.904.780,00	37.658.731,00
A.A.S. N. 2 BASSA FRIULANA- ISONTINA	362.349.450,00	358.609.686,00	29.884.140,00
A.A.S. N. 3 - ALTO FRIULI-COLLINARE- MEDIO FRIULI	236.364.494,00	233.925.005,00	19.493.750,00
A.S.U.I. DI UDINE	548.816.139,00	543.151.875,00	45.262.656,00
A.A.S. N. 5 - FRIULI OCCIDENTALE	441.522.688,00	436.965.787,00	36.413.815,00
IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO- GAROFOLO	41.119.475,00	40.695.086,00	3.391.257,00
IRCCS - CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIANO	60.141.010,00	59.520.302,00	4.960.025,00
Totale area consolidamento	2.146.930.729,00	2.124.772.521,00	177.064.374,00
ENTE PER LA GESTIONE ACCENTRATA SERVIZI CONDIVISI	19.484.724,00	19.283.624,00	1.606.968,00
TOTALE	2.166.415.453,00	2.144.056.145,00	178.671.342,00

(*) importi arrotondati all'unità di euro

Nei limiti dell'erogazione complessiva mensile di 178.671.342,00 Euro, le quote dei suddetti trasferimenti di parte corrente potranno essere suddivise tra gli enti del Servizio sanitario regionale in base alle effettive necessità che gli stessi presenteranno nei primi mesi dell'anno 2018, fatto salvo il conguaglio delle somme assegnate una volta adottato il provvedimento giuntale di approvazione del programma consolidato annuale del Servizio sanitario regionale per l'anno 2018.

Inoltre, nelle more dell'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2018 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la DCS è autorizzata ad erogare mensilmente agli IRCCS afferenti al Servizio sanitario regionale, in via provvisoria e salvo conguaglio, 1/12 dei trasferimenti già previsti per l'esercizio 2017 con DGR 736 dd. 21.04.2017 e ss.mm.ii a titolo di finanziamento vincolato alla ricerca, come di seguito indicato:

AZIENDA	CONTRIBUTI DA REGIONE PER QUOTA FSR VINCOLATA A RICERCA IRCCS	EROGAZIONE MENSILE PROVVISORIA 2018
	Col. 1	Col. 2 = Col. 1 / 12
IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO- GAROFOLO	9.297.000,00	774.750,00
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIANO	9.297.000,00	774.750,00
TOTALE	18.594.000,00	1.549.500,00

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE