



**LINEE PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO
REGIONALE - ANNO 2017**

LINEE PER LA GESTIONE 2017

INDICE

1. Lo scenario	pag. 3
2. Il processo di programmazione	pag. 6
3. Le progettualità	pag. 7
3.1. Progetti di riorganizzazione delle funzioni	pag. 10
3.2. Promozione della salute e prevenzione	pag. 14
3.3. Assistenza primaria	pag. 29
3.4. Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	pag. 39
3.5. Assistenza farmaceutica	pag. 46
3.6. Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari	pag. 50
3.7. Rapporto con i cittadini	pag. 54
4. Flussi informativi e valutazioni	pag. 57
5. Il sistema informativo	pag. 59
6. Gli investimenti	pag. 61
7. Le risorse finanziarie	pag. 63
8. Le regole gestionali	pag. 67
Allegato A – Elenco delle prestazione oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa	pag. 75
Allegato B – Indicatori	pag. 77

1. LO SCENARIO

Nel corso dell'anno 2016 è stato completato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale 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, le Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS2, AAS3 e AAS5) hanno iniziato ad applicare quanto previsto dai propri atti aziendali adottati a cavallo degli anni 2015-2016, gli IRCCS hanno adottato i propri atti aziendali, mentre le ASUI, attivate in corso d'anno, presenteranno la loro proposta di atto aziendale entro il mese di febbraio del 2017. Anche l'EGAS ha adottato un proprio atto aziendale che verrà aggiornato costantemente in seguito all'implementazioni di nuove funzioni.

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)* ed il *Piano regionale dell'emergenza urgenza (2039/2015)* sono in progressivo ed in diversi casi avanzato grado di implementazione, ma ancora da attuare compiutamente.

La gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017 prevede di estendere in via più esaustiva e anche definitiva le parti organizzative previste dalla L.R. 17/2014 con il *riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria, dispiegando gli strumenti previsti con l'obiettivo di focalizzare l'intera organizzazione rivolta al paziente/cittadino e alla sua famiglia, ponendo al centro ogni loro bisogno nel percorso di cura assistenziale, in ogni fase della vita.*

Infatti la sfida futura del SSR sarà di avviare nuovi percorsi per prendere in cura il paziente e la famiglia, anche laddove le potenzialità della tecnologia sanitaria si sono esaurite, ma maggiore diventa la necessità dell'assistenza, dell'aiuto, della validità alla persona e alla famiglia nella sua completa dimensione fisica, psichica, relazionale e spirituale.

L'annualità 2017 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.
 - Proseguimento della riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti al 3,0 per 1.000 abitanti e aumento dei posti letto ospedalieri di riabilitazione allo 0,3 per 1.000 abitanti, tenendo conto della DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 che ha definito gli standard e le funzioni dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera, che individua le dotazioni massime di posti letto per presidio ospedaliero di ciascuna azienda sanitaria.
 - 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. Proseguimento, nonché perfezionamento delle modalità di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, secondo criteri standard, in particolare con l'implementazione della linea di finanziamento della funzione dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dal piano regionale (DGR 2039/2015).
- e. Ulteriore riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA), aggiornando gli attuali come già approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre u.s..
- f. Armonizzazione degli ambiti sociosanitari con la riforma degli Enti locali.
- g. Trasparenza e accessibilità per rinforzare e riorganizzare i servizi.
- h. 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"
- i. Consolidamento delle misure di protezione sociale.

Nel 2017, inoltre, dovranno essere approvati il Piano Oncologico, il 4° Piano Sangue, il Piano della Salute Mentale ed il Piano della Riabilitazione.

A fronte di questa situazione è definito il nuovo assetto istituzionale delle Aziende, anche per il 2017 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 svolgere la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali e di rispondere reciprocamente, management e professionisti, di tali decisioni. In particolare si rende necessario proseguire:

- a. Revisione dei setting assistenziali per le principali malattie croniche e di maggiore criticità, definendo anche le modalità di collaborazione multi-disciplinare e multi-professionale.
- b. Promozione della salute e assistenza integrata.
- 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. Proseguimento della revisione degli attuali modelli organizzativi mediante processi di analisi per ridurre gli sprechi, al fine di un uso efficiente delle risorse.
- 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. Introduzione più estesa 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 2017, 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 2017 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 30.11.2016, 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 2017 e del PAO 2017 degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Aviano e di Trieste, integrato con il PAL delle rispettive Aziende per l'assistenza sanitaria e trasmissione della proposta di PAL/PAO alla DCS entro il 15.12.2016 per la negoziazione che si terrà nel corso del mese di dicembre in data fissata dalla Direzione stessa;
- Entro il 15.12.2016, 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/Commissario straordinario;
- 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 - La proposta di PAL/PAO, pur assumendo valore formale, non necessita del parere del Collegio Sindacale, in quanto provvisoria;
- Negoziazione con la DCS per definire eventuali aspetti e contenuti delle proposte di PAL/PAO degli Enti del Servizio sanitario regionale;
- Approvazione del PAL/PAO 2017, da parte di ogni Ente, nonché del piano annuale dell'EGAS, entro il 31.12.2016 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 2017 degli Enti del SSR si uniforma alle seguenti indicazioni progettuali. L'attuazione delle scelte strategiche regionali sarà realizzata attraverso lo sviluppo di:

- **Progetti di riorganizzazione delle funzioni - cap. 3.1 :**
 - Atti aziendali
 - Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015
 - Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi
 - Chirurgia e procedure invasive
 - Urgenza emergenza
 - Geriatria
 - Medicina di laboratorio
 - Oncologia
 - Pediatria ospedaliera
 - Riabilitazione
 - Salute Mentale
 - Sangue

- **Promozione della salute e prevenzione - attuazione del piano regionale della prevenzione (DGR 1243/2015) - cap.3.2**
 - 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)
 - Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)
 - 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 (Programma XIII PRP)
 - 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

- **Assistenza primaria cap. 3.3**
 - Attuazione accordo per la Medicina generale
 - Accreditemento
 - Odontoiatria sociale

- Cure palliative e terapia del dolore
 - Superamento della contenzione
 - Riabilitazione
 - Salute mentale
 - Disturbi del comportamento alimentare
 - Salute mentale in età evolutiva
 - Autismo
 - Percorso nascita
 - Consultori familiari
 - Diabete
 - Sanità penitenziaria
 - Ospedali psichiatrici giudiziari
 - Dipendenze
- **Progetti attinenti le attività clinico assistenziali – cap. 3.4**
 - Insufficienze d'organo e trapianti
 - Emergenza urgenza
 - Reti di patologia
 - Materno-infantile
 - Sangue ed emocomponenti
 - Erogazione dei livelli di assistenza
 - Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure
- **Assistenza farmaceutica e AFIR - cap.3.5**
- **Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari – cap.3.6**
 - Non autosufficienza e disabilità
 - Minori
 - Piani di zona
- **Rapporto con i cittadini – cap.3.7**
 - Tempi d'attesa
 - 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
 - Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente
 - Esperienza nei percorsi assistenziali

4. Flussi informativi e valutazioni

5. Il sistema informativo

6. Gli investimenti

7. Le risorse finanziarie

8. Le regole gestionali

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 delle strutture *Epidemiologia, Accredimento, 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, nonché 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.

3.1. PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali

Entro il 28 febbraio 2017 le ASUI di Trieste e di Udine dovranno trasmettere alla DCS la proposta di Atto aziendale. In tal modo potrà essere dato avvio alla loro applicazione già nel corso dell'anno.

Nel corso del mese di ottobre tutti gli Enti invieranno alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.

3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Entro il 30 giugno 2017 ogni Ente trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015. In particolare, rispetto alla previsione delle DGR, la relazione dovrà contenere i seguenti elementi:

- Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto ospedalieri
- Scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto dell'assistenza primaria (hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Salute mentale, Dipendenze, presidi ospedalieri per la salute.
- Stato di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere, distrettuali e della prevenzione, compresa l'area veterinaria.
- Stato di attivazione o disattivazione delle strutture complesse e semplici previste
- Stato di implementazione delle figure professionali previste per la reumatologia e le malattie infettive.

Le attivazioni o disattivazioni di posti letto, funzioni e strutture devono essere oggetto di atti formali dell'azienda.

Ove la relazione individuasse scostamenti rispetto alle previsioni, questi dovranno essere motivati e corretti entro l'anno 2017.

Pur non essendo più necessaria l'autorizzazione alla copertura delle apicalità, quelle non più previste dalla DGR 929/2015 non possono essere adottate. Eventuali procedure di selezione già avviate devono, pertanto, essere sospese o annullate in relazione alla presenza/collocabilità di un altro direttore omologo e fino alla sua permanenza in servizio.

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

Dal 1 gennaio 2015 è stato attivato l'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'art. 7 della legge 17/2014, che nel corso dell'anno 2016 ha iniziato a dotarsi anche di alcune funzioni sanitari quali la Centrale operativa regionale 118, in fase di attivazione a cavallo del 2016 e del 2017, e il CUP regionale che sta implementando progressivamente quanto previsto dalla DGR 2034/2015.

Nel corso del 2017, l'EGAS attiverà o acquisirà anche le seguenti funzioni:

- CEFORMED (entro il 31 dicembre 2017)
- Area Welfare (entro il 31 dicembre 2017)
- Health Technology Assessment
- Epidemiologia

Nel corso del 2017, inoltre, svilupperà progettualità per realizzare in futuro:

- gestione unitaria del servizio di ristorazione per il quale nel 2017 si svolgerà la nuova gara d'appalto
- accorpamento della funzione stipendi e previdenza per AAS3, ASUIUD ed EGAS.

Per quanto riguarda le funzioni amministrative e tecniche, si prevede di affidare all'EGAS le seguenti funzioni:

- Concorsi del personale del comparto, secondo le priorità individuate dal Comitato d'indirizzo dell'Ente;
- Consolidamento del provveditorato unico, avviato da quello di AAS3 e ASUIUD.
- Realizzazione di un progetto annuale volto a razionalizzare la gestione amministrativa dei beni e a costituire una banca dati regionale di farmaci e di dispositivi medici in grado di fornire agli operatori informazioni aggiuntive rispetto a quelle già presenti nelle banche dati esistenti, anche in collaborazione con le Fondazioni CRUP (Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone) e CREF (Centro Ricerche Economiche e Formazione) che si sono rese disponibili a partecipare e a finanziare il progetto.

Nel corso del 2017, in particolare, avvalendosi delle competenze interne e delle aziende sanitarie, l'EGAS dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, per l'acquisto di beni e servizi, nonché di tecnologie, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e uniforme per qualità ed efficienza.

Dal 1° gennaio 2017, il servizio epidemiologico curerà per conto della Direzione Centrale Salute la gestione dei flussi informativi verso i livelli istituzionali competenti.

Nel corso del 2017, il Comitato di indirizzo dell'Ente, valuterà ulteriori ambiti di sviluppo/intervento inerenti questioni di interesse strategico.

3.1.4. Chirurgia e procedure invasive

Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive. Lo stesso dovrà contenere almeno le seguenti sezioni:

- Chirurgia oncologica programmata
- Chirurgia vascolare
- Chirurgia bariatrica
- Protesica ortopedica
- Posizionamento di elettrostimolatori ed altre procedure invasive per terapia antalgica in pazienti cronici.
- Chirurgia pediatrica

3.1.5. Urgenza emergenza

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 dell'anno 2016, è stato dato avvio all'implementazione e/o alla redistribuzione dei mezzi di soccorso nel territorio, ma ancora numerose funzioni previste dal piano sono ancora da attuare. Ne consegue che nel 2017:

1. Consolidamento, da parte dell'EGAS, della Centrale operativa 118 regionale, integrata con il NUE 112.
2. Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso.
3. Monitoraggio, da parte del CREU, dello stato di attuazione del piano..
4. Definizione da parte del CREU delle competenze e della formazione necessaria per i volontari soccorritori delle associazioni di volontariato, al fine dell'accreditamento professionale.

5. Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze.
6. Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell'eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.
7. Avvio dell'eliambulanza notturna.

3.1.6. Geriatria

Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).

3.1.7. Medicina di laboratorio

Entro aprile 2017 verrà 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*, peraltro già in fase di realizzazione, seppur con stati di avanzamento differenziati per le diverse realtà regionali.

Per il 2017 si prevede quanto segue:

1. Per i presidi ospedalieri *Santa Maria degli Angeli di Pordenone* e *Santa Maria della Misericordia di Udine* è previsto il completamento della nuova organizzazione con:
 - a. Centro *hub* nel presidio ospedaliero di Pordenone, Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento e l'IRCCS *Centro di Riferimento Oncologico* di Aviano (limitatamente all'attività di base) e Point of care presso la sede di Spilimbergo ed i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile, tenendo conto dell'integrazione delle specifiche funzioni tra CRO e AAS5; presso l'IRCCS *Centro di riferimento oncologico* permangono le attività di diagnostica avanzata di ricerca.
 - b. Centro *hub* nel presidio ospedaliero di Udine e laboratori satellite a San Daniele del Friuli e Tolmezzo (già attuato presso le sedi di Latisana e Palmanova) e point of care presso i Punti di primo intervento di Cividale del Friuli e di Gemona del Friuli.
2. Per il presidio ospedaliero *Cattinara-Maggiore* di Trieste è previsto di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia che coinvolge anche le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone, realizzando quanto segue:
 - a. Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri *hub* e *spoke* con adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato
 - b. Consolidamento della nuova organizzazione avviata nel 2016 per l'IRCCS *Burlo Garofolo* presso il quale permangono alcune attività di diagnostica avanzata di ricerca.
 - c. Avvio della nuova organizzazione per le sedi di Gorizia e Monfalcone.

Nel corso del primo quadrimestre del 2017, gli IRCCS e le ASUI definiranno il progetto di organizzazione per la *Cell Factory* regionale.

3.1.8. Oncologia

Entro il 30 giugno del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano Oncologico. Il piano dovrà fornire gli strumenti operativi per integrarsi con le Reti delle Cure palliative e della Terapia del dolore, nonché con le attività di chirurgia oncologica. Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.

3.1.9. Pediatria ospedaliera

Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività pediatrica. Lo stesso dovrà contenere anche le seguenti sezioni:

- Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere)
- Chirurgia programmata in età pediatrica
- Oncologia e onco-ematologia pediatrica

3.1.10. Riabilitazione

Entro il 30 giugno del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Riabilitazione. Il piano dovrà tener conto anche dell'offerta privata accreditata presente in Regione. Nel corso del secondo semestre si dovrà iniziare a darne attuazione.

3.1.11. Salute mentale

Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato il nuovo Piano della Salute mentale. Lo stesso dovrà comprendere anche le seguenti sezioni:

- Età evolutiva
- Strutture psichiatriche per la detenzione

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

La prevenzione e promozione della salute coerentemente con la centralità assegnata dalla legge di riforma del SSR (LR 17/2014) sono funzione fondamentale della programmazione della salute regionale e rappresentano un patrimonio trasversale cui partecipano tutte le aziende. Anche nel 2017 proseguiranno le attività previste dal Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018, con il coinvolgimento in modo coordinato e trasversale di tutte le strutture aziendali.

3.2.1. Tutela della salute della donna

Dovrà essere consolidato il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG. Dovranno essere strutturati i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.

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:
consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

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

Proseguono l'impegno per sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari e non solo, il miglioramento dei percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari, la collaborazione tra medicina generale e servizi di salute mentale per l'intercettazione di soggetti con disturbi d'ansia e depressivi. Le azioni da programmare e realizzare a livello locale per **la prevenzione cardiovascolare** comprendono:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
conclusione del Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)	report di analisi

Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	evidenza di avvio dell'operatività nei distretti
avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	evidenza di gruppi di lavoro attivi
prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%

Le azioni da programmare e realizzare a livello locale per **la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi** comprendono:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
definizione condivisa di un modello per la presa in carico	modello individuato
formazione di mmg e pls.	percorso formativo realizzato

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. La programmazione non può prescindere dall'efficace adozione di azioni di miglioramento del sistema di chiamata mantenendo aggiornate le anagrafi sanitarie. Rimangono prioritarie, anche alla luce del rinnovo degli accordi con Medici di Medicina Generale e con Federfarma, l'informazione e la comunicazione rivolte alla popolazione finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di adesione previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2014-2018. Il controllo di qualità dei servizi offerti dalla regione continua a poggiare sulla corretta e completa compilazione della cartella clinica relativa al secondo livello.

Rimane prioritaria la predisposizione di un piano di riorganizzazione delle attività senologiche, incluse quelle di screening di primo e secondo livello, finalizzato a garantire nel territorio di competenza un'offerta di servizi coordinati tra loro, che rispondano agli standard di qualità di cui all'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". Per lo screening mammografico è definito e adottato un sistema di verifica formale dei requisiti dei centri di senologia.

Allo stesso modo, per lo screening della cervice uterina, devono essere intraprese azioni atte a garantire il rispetto dei requisiti di qualità dei centri di colposcopia in tutte le aziende che offrono il programma. Relativamente alle immagini del primo livello dello screening mammografico, EGAS estende il modello organizzativo del centro di lettura di Udine a tutta la regione, creando 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.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
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".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Aziende
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 EGAS: estende il modello organizzativo del centro di lettura di Udine a tutta la regione, creando 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.	<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
Tutte le aziende con unità senologica: garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<ul style="list-style-type: none"> - >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
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.	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende
Tutte le aziende con servizio di endoscopia: garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
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.	Anagrafe sanitaria aggiornata

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. Tutte le Aziende assicurano inoltre la regolare comunicazione IRCCS medesimo della rilevazione del TSH neonatale. Nel 2017 saranno attivati i programmi di identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio:

IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico.	- Tutte le Aziende: diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita
IRCSS Burlo: coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale per lo screening neonatale oftalmologico.	- Tutte le Aziende: diffusione e applicazione della procedura in tutti i punti nascita
IRCSS Burlo: coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso Tutte le Aziende: assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	- Report di monitoraggio del programma regionale
IRCSS Burlo: coordinare l'attività di adozione di un programma di identificazione precoce della fibrosi cistica e di un 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 IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	- IRCSS Burlo: programma regionale definito attraverso un percorso condiviso - Tutte le Aziende: formale adozione della procedura 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 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di per 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 il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
AAS 5: coordina 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	Report alla DCS

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

La prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo cruciale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali. Per quanto attiene, in particolare, al Gioco d'Azzardo patologico (GAP), verranno implementate, da parte delle aziende sanitarie regionali, le azioni previste dalla L.208/2015 e previste dall' apposito Piano regionale, a seguito dell' erogazione dei finanziamenti statali vincolati.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	1 workshop formativo Regionale almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;

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 3: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma	AAS3 : report di monitoraggio
Tutte le Aziende Sanitarie: avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
tutte le Aziende Sanitarie: diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato

3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali(Programma VI PRP)

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

Sono adottate le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida, individuando l'IMFR Gervasutta di Udine, presidio specializzato nell'area della riabilitazione ai sensi dell'art. 28 LR17/2014, quale riferimento per le Commissioni Mediche Provinciali del Friuli Venezia Giulia ai fini dello svolgimento dell'attività accertativa. Su istanza della Regione, l'IMFR Gervasutta provvede alla formazione del personale e alla messa in condivisione di software e hardware per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
tutte le Aziende Sanitarie: sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
ASUI UD: effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software. .) per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale. Tutte le Aziende Sanitarie: adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

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:
ASUI TS: coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici. tutte le Aziende Sanitarie: 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 Aziende Sanitarie: prosegue la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Tutte le Aziende Sanitarie: formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

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

Il programma VIII è trasversale alle attività di vigilanza e controllo svolte da diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione ed è finalizzato a migliorarne la qualità e trasparenza oltre che a incrementare l'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit. La crisi congiunturale di questi anni ha reso non più realizzabile il programma degli

audit limitati al comparto edile ed agricolo così come indicato nel PRP. Si ritiene opportuno rimodulare tale obiettivo allargando le attività di audit a tutti i settori produttivi.

Nuove iniziative di informazione/assistenza/formazione dovranno essere rivolte a professionisti, uffici tecnici delle amministrazioni pubbliche e alle imprese, per l'attuazione della Legge regionale 24 d.d. 01.10.2015 sulle procedure di vigilanza o più in generale alle normative poste a tutela della salute e della sicurezza nel comparto dell'edilizia. A tale proposito, coerentemente con le disposizioni di cui alla DGR n. 2549 del 18 dicembre 2014, le attività di vigilanza sulle imprese saranno anche improntate alla sorveglianza, assistenza e al counselling.

Nel corso del 2016 sono state elaborate e diffuse ai portatori di interesse procedure di vigilanza nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura. Nel corso del 2017 dovranno essere messe in atto alcune iniziative di verifica dell'applicazione omogenea di dette procedure in ambito regionale. Sarà infine consolidato il confronto con la Magistratura delle Procure della Repubblica della Regione al fine di garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale, nel rispetto prioritario della mission degli organi di vigilanza e di prevenzione del sistema sanitario.

La revisione della normativa sulla Trasparenza ha reso non più obbligatoria la pubblicazione della lista dei controlli sulle imprese sui siti aziendali e regionali. Si ritiene in ogni caso utile proseguire nella diffusione dei controlli che il Servizio sanitario pubblico può attuare sulle imprese ed attività. Nel corso del 2016 è stata realizzata una lista dei controlli che verrà revisionata in funzione degli eventuali aggiornamenti normativi ed ulteriormente implementata nel corso del 2017.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
tutte le Aziende Sanitarie - SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della 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 in edilizia
tutte le Aziende Sanitarie - SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della 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 in edilizia
ASUI UD: coordinare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli Tutte le Aziende Sanitarie: – partecipare ai lavori	Proposta di linee guida regionali
tutte le Aziende Sanitarie – SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Tutte le Aziende Sanitarie: almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)

tutte le Aziende Sanitarie - SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Tutte le Aziende Sanitarie: Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
tutte le Aziende Sanitarie: partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

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 organizzative di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro privilegerà, 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 nel corso degli scorsi anni. Il Piano Nazionale Edilizia in corso di approvazione prevede il raggiungimento dell'obiettivo numerico di 15% di cantieri sottoposti a vigilanza sul numero di cantieri notificati. In tal senso si ritiene opportuno avviare un'azione di progressivo allineamento dell'attività di vigilanza sino ad ora svolta dai Servizi con gli obiettivi nazionali che verranno adottati nel prossimo futuro.

Nel corso del 2016 si sono realizzati incontri con i portatori di interesse sia nel comparto dell'edilizia che nel comparto dell'agricoltura. Tale attività proseguirà anche nel corso del 2017. La Direzione centrale salute proseguirà l'azione di 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 Aziende Sanitarie: mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. <ul style="list-style-type: none"> ○ Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale ○ Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente (Report di attività alla DCS)
tutte le Aziende Sanitarie: 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. In particolare nel corso del 2017 dovrà essere implementata la collaborazione tra INAIL, INPS, Servizio

Epidemiologico e Registro regionale dei Tumori per l'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM a livello regionale.

Nel corso del 2016 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 2017 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. Si proseguirà con il progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro indirizzato ai dipendenti delle aziende sanitarie come prima applicazione, per poi valutarne successivamente l'estensione ad altri ambiti.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
tutte le Aziende Sanitarie: realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, 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 le Aziende Sanitarie: Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
tutte le Aziende Sanitarie: proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici.." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare

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

Saranno mantenuti attivi i progetti nazionali di sorveglianza e monitoraggio secondo le indicazioni del Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 81/08; il ruolo del Comitato regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del DLgs 81/08 sarà valorizzato come luogo di condivisione, coordinamento e monitoraggio di tali programmi con le parti sociali e le altre istituzioni, in coerenza con i principi di trasparenza, semplificazione ed efficacia.

L'accesso al database INAIL in tema di verifiche periodiche delle attrezzature ed impianti si è rivelato difficoltoso nel corso del 2016. In tale annualità quindi non si è potuto raggiungere in modo omogeneo l'inserimento previsto nelle azioni del PRP: Il 2017 sarà quindi l'anno in cui tale procedura di archiviazione dovrebbe trovare avvio.

Nell'ambito Veterinario e degli Alimenti la Regione è impegnata a implementare e alimentare le infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi.

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 Aziende Sanitarie: 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 Aziende Sanitarie: Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Tutte le Aziende Sanitarie: inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Tutte le Aziende Sanitarie: monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base

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 2017 proseguiranno le attività intraprese nel 2016 con particolare attenzione a quelle relative alla problematica degli inquinanti emergenti nelle acque destinate al consumo umano. Verranno inoltre affrontate, in collaborazione con altri Enti preposti alla tutela della salute e alla salvaguardia dell'ambiente, i rischi connessi a situazioni di inquinamento diffuso. Le azioni da programmare e realizzare comprendono:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	proposta linee di indirizzo VIS regionali
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti
promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi

Nel 2017 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 prevenzione, in particolare la sorveglianza ex esposti ad amianto.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
AAS n. 2 "Bassa friulana - Isontina" - Centro Regionale Unico per l'Amianto (CRUA) realizzare una campagna informativa rivolta alla popolazione, in accordo con l'Area Promozione della Salute e Prevenzione della Regione.	Campagna informativa realizzata
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, coordinando inoltre l'analoga attività nelle altre aziende sanitarie.	Report regionale di attività
Tutte le Aziende Sanitarie: <ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica. 	<ul style="list-style-type: none"> - dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
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": realizzare un evento formativo per le imprese quale ricaduta del corso di formazione per formatori realizzato nel corso del 2016 sul rischio chimico nel settore dei fitofarmaci	1 evento formativo
AAS n.3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzare un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione interessati alla vigilanza nei luoghi di lavoro con la finalità di informare e assistere le imprese del settore	1 evento formativo
AAS n.5 "Friuli Occidentale": realizzare un evento formativo regionale per le imprese e RSPP del settore del legno arredo mirato alla sensibilizzazione degli "end user", anche produttori di articoli, sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH	1 evento formativo

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

In merito agli indicatori previsti dall'attuale PNPV dall'analisi dei dati di copertura vaccinale, anche per il 2016 le coperture vaccinali regionali a 24 mesi confermano l'andamento in diminuzione. Un calo che riguarda sia le vaccinazioni obbligatorie (anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B), che alcune di quelle raccomandate. L'obiettivo resta, pertanto, quello di migliorare le attuali coperture vaccinali implementando l'attuale rete con i PLS per l'eventuale somministrazione diretta. Saranno potenziate l'informazione e la comunicazione del rischio dando particolare rilevanza della dimensione comunicativo-relazionale nel contesto vaccinale

Nel campo delle malattie infettive non prevenibili da vaccino sebbene l'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi sia caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, e dalla concentrazione della

maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età, è una malattia prevenibile e curabile. Per questo il suo peso in termini di incidenza, prevalenza è ancora alto. Questo rende prioritario e irrinunciabile l'impegno nel contrastare la sua diffusione garantendo la diagnosi tempestiva, i trattamenti efficaci e le appropriate misure per il suo controllo.

Si lavorerà inoltre al miglioramento dei sistemi di sorveglianza, al miglioramento dell'accesso al test HIV, alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, alla formazione per un corretto uso degli antimicrobici.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
garantire in tutte le aziende sanitarie l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report aziendale
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali
Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la <ul style="list-style-type: none"> – Formazione – Revisione organizzativa – Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

L'assistenza sanitaria ai migranti non può essere più considerata un episodio emergenziale temporaneo ma è, di fatto, funzione stabile di tutti i dipartimenti di prevenzione e richiede pertanto un impegno aggiuntivo di risorse e personale.

Per la riduzione dei rischi di trasmissione da malattie infettive croniche come l'epatite è emersa l'importanza di sensibilizzare e informare in nuovi settori lavorativi (tatuatori, piercer, estetisti, ecc).

Una efficace "policy" per una gestione più razionale dei farmaci antimicrobici non può prescindere da un adeguato programma di formazione e informazione, avente come destinatario tutto il personale operante in ambito sanitario, ma anche in quelli zootecnico e agricolo, finalizzato alla diffusione di una cultura sul buon utilizzo dei farmaci antimicrobici e sulla prevenzione del rischio infettivo connesso alla possibile trasmissione di microrganismi patogeni in ambiente ospedaliero ed extra-ospedaliero. Nel corso del 2017 è data attivazione a quanto previsto dal Piano Nazionale delle misure protettive per l'emergenza radiologica con particolare riguardo alla tutela della salute Pubblica.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
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	Unità di crisi aziendale formalizzata

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, dovranno essere attivati i percorsi formativi sull'allattamento al seno, 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:
sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati in ogni Azienda
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 2017 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 2017 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;
- attuare con maggior incisività il progetto Piccole Produzioni Locali;
- programmare attività di audit;
- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;
- attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini
- attuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto
- applicare il Decreto Ministeriale sulle misure di eradicazione della Scrapie su base genotipica;
- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello Regionale.
- Ottemperare a quanto previsto dal piano vaccinale di emergenza per *blue tongue* su bovini e ovi-caprini su tutta la regione

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	<i>Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione ogni Azienda Sanitaria deve</i>

<p>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 2016</p>	<p><i>indicare nel proprio PAL il n.ro di interventi programmati per il 2017 che costituiranno il risultato atteso aziendale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2017 - il n .audit per settore programmati per il 2017 - 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.
<p>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</p>	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
<p>Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</p>	<p>Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.</p>
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.</p>
<p>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</p>	<p>n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017</p>
<p>Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.</p>
<p>Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.</p>
<p>Applicazione piano vaccinale blue tongue</p>	<p>100% entro 28 febbraio 2017</p>

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale

La legge regionale 17/2014 ha dettato le linee generali di sviluppo dell'assistenza primaria. Nel corso del 2016 le Aziende hanno provveduto alla ridefinizione dell'organizzazione attraverso lo sviluppo delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), delle nuove medicine di gruppo e dei Centri per l'assistenza primaria (CAP), al fine di dare forte impulso per il raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa.

Nel 2017 le Aziende continuano con lo sviluppo dell'assistenza primaria in coerenza con la legge regionale 17/2014 e con i dettami dell'Accordo integrativo regionale per la medicina generale 2016-2018.

In particolare è previsto :

- L'estensione delle nuove medicine di gruppo integrate in linea con l'AIR 2016-2018 e ss.mm.ii.
- Il consolidamento delle AFT attraverso l'operatività dei medici di medicina generale secondo i dettami dell'AIR 2016-18 e della DGR 39/2016;
- Lo sviluppo dei CAP in ogni Azienda.

Entro il 2017 è, altresì, previsto il recepimento a livello regionale dell'Accordo per la medicina specialistica ambulatoriale (SAI). Le Aziende dovranno provvedere al recepimento di detto Accordo a livello locale.

Nel 2017 è previsto a livello nazionale la definizione dell'Accordo per i Pediatri di libera scelta, con conseguente adozione degli atti conseguenti da parte della Regione.

Nel corso del 2017 è prevista lo sviluppo di progetti pilota che prevedono l'introduzione della figura dello psicologo all'interno di un CAP per Azienda, al fine di sperimentare il rapporto di cooperazione tra medici e psicologi nell'ambito delle cure primarie.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016.
2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP
3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.
4. Revisione procedure dimissione protetta	4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali

Nel corso del 2017 verrà aggiornato il documento tecnico in coordinamento con i Dipartimenti di prevenzione, per il percorso assistenziale dello scompenso cardiaco.

3.3.2. Accredитamento

Nel corso del 2016 è stato dato particolare impulso al programma di accreditalmento delle strutture sanitarie, a garanzia della qualità del servizio e delle prestazioni ai cittadini, attraverso l'accreditalmento definitivo degli ospedali pubblici e l'avvio dei procedimenti riguardanti le strutture di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali.

Nel 2017, in coerenza con quanto previsto dalla legge di riordino del SSR n. 17/2014, si procederà al completamento del processo di verifica e accreditalmento delle strutture intermedie pubbliche e private ed in particolare delle RSA, Hospice, SUAP (speciali unità di assistenza protratta), strutture di riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuropsichici e ospedali di comunità nonché delle strutture private per le dipendenze. Inoltre, come già realizzato attraverso il Decreto del Presidente della Regione n. 151, del 26.7.2016, "Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditalmento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali", per ciascuna tipologia di struttura intermedia saranno individuati/validati i criteri di accesso e le tariffe.

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

Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditalmente (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditalmento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none">1. Partecipazione attiva al programma di accreditalmento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.2. Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditalmente (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditalmento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	<ol style="list-style-type: none">1. Ogni AAS e ASUI mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogni IRCCS per almeno dieci giornate.2. L'organismo tecnicamente accreditalmente (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accreditalmento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.

3.3.3. Odontoiatria sociale

Nel corso del 2016 si è dato avvio al programma di odontoiatria sociale che troverà piena applicazione nel 2017. In particolare con la DGR 1060/2016 e la successiva DGR 1905/2016 sono stati definiti le caratteristiche e il modello organizzativo della rete regionale delle strutture e degli ambulatori odontoiatrici ed è stato approvato il

programma e con decreto del direttore centrale n. 1259/2016 sono state approvate le disposizioni attuative del programma di odontoiatria sociale per gli enti del SSR.

Tale programma prevede il potenziamento della risposta all'urgenza odontostomatologiche con l'attivazione del pronto soccorso odontoiatrico in 5 sedi regionali e delle attività di prevenzione delle patologie odontoiatriche; nell'ambito delle prestazioni extra LEA, per i soli residenti nella Regione Friuli Venezia Giulia in possesso di ISEE attestante una condizione di svantaggio economico, sono previste prestazioni ortodontiche a pazienti di età 0-14 anni e trattamento e inserzione di protesi rimovibili a pazienti di età superiore ai 65 anni.

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, all'omogeneizzazione delle procedure cliniche ed amministrative.

Alle 5 Aziende Sanitarie e all'IRCCS Burlo Garofolo che collabora con ASUITS è richiesta l'attivazione di un Pronto Soccorso odontoiatrico a pieno regime, del percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilità e gli ambulatori di patologia orale entro il primo semestre 2017.

Alle 5 Aziende Sanitarie è altresì richiesta la piena collaborazione al Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per l'attivazione di almeno tre ambulatori per l'inserzione di protesi dentarie rimovibili totali a pazienti con arcata edentula di età superiore a 65 anni ed almeno tre ambulatori per il trattamento ortodontico per la fascia di età 0-14 anni e per il perseguimento degli obiettivi previsti nelle citate DGR, in particolare:

- Attivazione entro il 2017 della cartella clinica elettronica condivisa
- Adozione di atti organizzativi che permettano un reale coordinamento dell'offerta odontoiatrica aziendale e regionale anche mediante Uniformazione delle regole degli ambulatori distrettuali ed ospedalieri
- Semplificazione e razionalizzazione su base regionale di materiali e strumentazioni utilizzate
- Adeguamento ed armonizzazione dei protocolli clinici ed amministrativi

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	1. +20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
2. Prestazioni non LEA erogate	2. 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. AAS 5: razionalizzazione dell'offerta nel distretto nord	4. recupero delle risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata per il potenziamento delle altre sedi
5. AAS 2: razionalizzazione dell'offerta	5. recupero delle risorse dall'ambulatorio di Cormons per il potenziamento delle sedi di Gorizia e Monfalcone

3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore

Con la DGR 165/2016 sono state definiti il modello organizzativo e i requisiti della rete regionale e delle reti locali delle cure palliative e della terapia del dolore per l'età adulta nonché le modalità di presa in carico dalla rete locale delle cure palliative ed i criteri di accesso ai nodi della rete della terapia del dolore. Con decreto del direttore centrale n. 689/2016 è stato costituito il coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore che, in coerenza con il mandato attribuitogli dalla L.R. 10/2011, ha approvato il progetto formativo per

tutti i professionisti sanitari operanti nelle due reti che sarà realizzato nel 2017 con finanziamento statale ed ha attivato il monitoraggio per la valutazione dello stato di attivazione delle reti in tutti gli enti del SSR.

Entro il primo semestre 2017 in ciascuna Azienda sanitaria è istituita la rete locale per le cure palliative dell'età adulta ed è formalmente nominato il responsabile della rete locale, individuato tra i medici in possesso di specializzazione in cure palliative o titolo equipollente. Entro il 2017 è attivato il percorso di presa in carico dei pazienti terminali oncologici e con gravi patologie cronico degenerative, approvato dal coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore.

Entro il primo semestre 2017 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. Entro il 2017 sono attivati i percorsi per la presa in carico dei pazienti con dolore cronico in tutti i setting assistenziali, approvati dal coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore. In particolare, si dovrà altresì rinforzare o attivare un approccio di supporto psico-relazionale al malato oncologico e alla famiglia. A tal scopo si dovrà prevedere apposito personale per tale finalità (psicologi e/o psichiatri).

A tutti gli enti del SSR è richiesto di favorire la partecipazione al progetto formativo regionale sulle cure palliative e la terapia del dolore.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione della rete locale per le cure palliative 2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta 3. 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) 4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti 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/Momento della segnalazione non noto. 5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entro il primo semestre 2017 in ogni AAS e ASUI è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale 2. ASUITS, ASUIUD e AAS 5 attivano il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali sono attivati i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti. 3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ogni AAS e ASUI 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% 5. superiore o uguale a 0,5 6. uguale o superiore al 75%

<p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p> <p>7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p> <p>8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda</p> <p>9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.</p>	<p>8. trasmissione report alla direzione centrale salute</p> <p>9. Almeno il 20%</p> <p>10. Almeno il 50% dei pazienti presi in carico</p>
--	--

3.3.5. Superamento della contenzione

Nel 2016 la Giunta regionale ha adottato con D.G.R. n. 1904 dd. 14.10.2016 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.

I Direttori Generali degli enti del SSR, adottano gli atti volti all'attuazione di quanto previsto dalla raccomandazione per il superamento della contenzione e provvedono 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.

La Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio-Sanitaria, Politiche sociali e Famiglia attua la verifica nei confronti delle attività poste in essere dagli enti del SSR, mediante la richiesta di trasmissione a tutti gli enti del SSR di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016</p>	<p>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</p>

3.3.6. Riabilitazione

Con l'applicazione degli standard previsti dalla nuova riforma è previsto un aumento considerevole 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 2017 il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.

Nel 2016 sono stati costituiti il tavolo tecnico regionale per la definizione della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica e il tavolo tecnico per la sclerosi multipla per la definizione del percorso assistenziale con il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato più rappresentative della Consulta regionale dei Disabili.

Alle Aziende Sanitarie è richiesta l'attivazione della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica e del percorso assistenziale per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.

Per quanto riguarda le Gravi cerebro-lesioni acquisite, nel corso del 2017 sarà attivata la Consulta regionale dei disabili con le associazioni dei familiari di cui all'Accordo CSR Rep. n. 44 del 5/5/2011.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica 2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. In ogni AAS e ASUI è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza. 2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale

3.3.7. Assistenza domiciliare:

E' il setting assistenziale privilegiato da perseguire nella riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Preso in carico	≥ 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA)
-----------------	--

3.3.8. Salute mentale

Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la salute mentale elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie. All'interno di detto Piano saranno trattati tutti i temi che attengono la salute mentale in età adulta, in età evolutiva, con riferimento anche al periodo della transizione delle cure e saranno sviluppati obiettivi specifici di sistema quali la definizione di una metodologia comune per i percorsi di abilitazione e riabilitazione, l'offerta di residenzialità e semi-residenzialità e il miglioramento del sistema informativo.

Con riferimento all'informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva), nel corso del 2017 si svolgeranno le procedure per l'adozione di un nuovo gestionale capace di rendere maggiormente fruibili le informazioni integrate dei soggetti presi in carico. Le Aziende conseguentemente adotteranno ed implementeranno il nuovo gestionale regionale.

3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare

Nel corso del 2016 sono stati avviati i lavori di un gruppo tecnico di esperti per la revisione del percorso diagnostico terapeutico riabilitativo per i soggetti con Disturbi del comportamento alimentare, di cui si prevede il completamento e l'implementazione del documento nel 2017.

Le Aziende per l'assistenza sanitaria:

- collaborano alla definizione del percorso assistenziale suddetto per il tramite dei loro referenti al gruppo tecnico regionale e ne favoriscono l'implementazione a livello aziendale;

- l'IRCCS Burlo Garofolo e l'ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico, rispettivamente per l'età evolutiva e l'età adulta, e di indirizzo formativo degli operatori regionali, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;
- favoriscono il consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.
- promuovono programmi formativi per gli operatori che si occupano di DCA.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale	1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
<u>DCA</u>	<u>DCA</u>
1 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA	1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
2 IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;	Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.
3 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	2 Ogni Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente
4 Formazione specifica degli operatori	3 Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale
	4 Evidenza di corsi formativi

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. Le aziende proseguiranno nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016.

3.3.11. Autismo

Sul tema dell'autismo un gruppo tecnico di esperti nella materia, nel corso del 2016, ha elaborato il documento sul percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico, in coerenza con i contenuti della Legge 18 agosto 2015, n. 134.

Nel corso del 2017 è prevista l'implementazione del percorso a livello aziendale.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale 1. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati 2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico

Per il 30 giugno 2017 si completerà la stesura del documento per la presa in carico dell'adulto affetto da disturbi dello spettro autistico con la definizione del bisogno assistenziale, le modalità di classificazione, i servizi socio assistenziali, le tariffe per gli erogatori.

3.3.12. Consulteri familiari

Nel corso del 2016 è stata completata la ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consulteri familiari ed è stato predisposto un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale. La DGR 13 aprile 2016, n. 613 ha ravvisato la necessità, quale linea di azione prioritaria per le Aziende per l'assistenza sanitaria, la riorganizzazione e valorizzazione dei consulteri familiari.

Viene garantito il percorso nascita e l'accompagnamento del bambino e della famiglia nelle prime età della vita e nelle fasi di maggior fragilità ed in particolare, per le gravidanze a basso rischio, viene prevista la responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso nascita. È implementata l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. Nell'ambito della promozione della salute della donna, vengono previsti percorsi per la donna in età post-fertile.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. 2. Promozione della salute della donna in età post-fertile 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione del servizio. 2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile

3.3.13. Diabete

Il Tavolo Tecnico regionale per il recepimento del piano nazionale sulla malattia diabetica ha messo a punto un "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete", con lo scopo di fornire un nuovo modello organizzativo per la gestione integrata del diabete in Friuli Venezia Giulia. Al fine di garantire l'applicazione del Documento attraverso la condivisione dei contenuti, l'analisi dei ruoli e la formazione dei diversi attori coinvolti nella cura della persona con diabete, la Direzione nel corso del 2016 ha organizzato un progetto di "formazione formatori" rivolta a medici diabetologi, infermieri, dietiste, MMG, farmacisti, e altri operatori territoriali. Nel corso del 2017 sono previsti molteplici eventi capillari che ciascuna Azienda provvederà ad organizzare sul territorio di competenza, sulla base del programma prodotto dalla "formazione formatori".

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Aziende organizzeranno corsi di formazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza attuazione dei corsi a livello aziendale

per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"	rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.
--	--

3.3.14. Sanità penitenziaria

Nel corso del 2017 continueranno gli incontri dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria al fine di analizzare e monitorare percorsi e interventi dei servizi di sanità penitenziaria regionali, con la partecipazione, altresì, dell'amministrazione penitenziaria e della magistratura di sorveglianza.

Si provvederà alla costituzione del Gruppo tecnico regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e sarà chiesto alle Aziende di elaborare programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.

3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari

Nel corso del 2017 la Regione continuerà a dare il proprio contributo nell'ambito del programma nazionale di superamento degli OPG, attraverso la partecipazione al gruppo interregionale per la sanità penitenziaria e presso l'Organismo di coordinamento nazionale.

Le Aziende dovranno proseguire nel programma regionale 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.

3.3.16. Dipendenze

Per il trattamento e la cura delle dipendenze dovrà essere promossa l'applicazione del Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti. Al fine di supportare una rete di cura rivolta a persone con problemi di alcol dipendenza si intende promuovere degli spazi di confronto, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate.

A sostegno del Protocollo tra Ministero della Giustizia, Regione FVG e Tribunale di Sorveglianza di Trieste sottoscritto il 29.05.2014, 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 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 Regionale sulle Dipendenze.	1. 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.
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.
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.	3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

In continuità con la programmazione dell'anno 2016, 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.

3.4.1. 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 e 1.539/2015 sono state attivate le filiere Fegato e Rene (quest'ultima ha anche formalizzato due percorsi assistenziali regionali), mentre sono ancora da formalizzare gli avvisi delle filiere Cuore, Pancreas e Polmone. Partendo da contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2017 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

Cuore

1. Dopo la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO).
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 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)

Rene

Nel corso del 2016 sono stati approvati il "Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" (decreto 133/2016) e il "Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO" (decreto n. 799/2016). Per il 2017 si prevede:

1. Effettuazione di un audit di monitoraggio congiunto dei nefrologi entro marzo '17 ed un secondo fra ottobre e dicembre '17.
2. Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale).
3. Ulteriore potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto di almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).

Fegato

La filiera Fegato della Rete per le gravi insufficienze d'organo e trapianti non ha prodotto i percorsi assistenziali previsti con le linee di gestione 2016; ne consegue che tale obiettivo è riproposto per l'anno 2017. Inoltre, nel corso di una visita al centro trapianti effettuata dal Centro Nazionale Trapianti è stata rappresentata la scarsa immissione in lista di pazienti rispetto all'atteso, oltre che la necessità di alcune riorganizzazioni delle attività, dal pre al post trapianto. Per il 2017 si prevede:

1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati.
2. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 50 pazienti nell'anno 2017 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente (ASUI 10, AAS2 10, AAS3 7, ASUIUD 10, AAS5 13).

3. Adeguamento strutturale ed organizzativo del centro trapianti alle prescrizioni del Centro Nazionale Trapianti effettuate nel corso dell'ispezione dell'estate 2016.
4. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).

Pancreas

La filiera Pancreas della Rete per le gravi insufficienze d'organo e trapianti non è ancora stata formalizzata. Per il 2017 si prevede:

1. Formalizzazione della filiera *pancreas* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.
2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 30 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2015 di 29,39 x milione – fonte Bersaglio).

Polmone

1. Formalizzazione della filiera *polmone* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).
3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare
4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare

Occhi

1. Potenziamento del programma di donazione cornee (+ 20% delle donazioni del 2015)
2. Aumento del numero di trapianti di cornea (almeno 100 in Regione)

Donazione d'organi

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.

3.4.2. Emergenza urgenza

Per il 2017 vengono individuati gli obiettivi di seguito specificati:

Ictus

1. Aumento/mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa/endoarteriosa con il raggiungimento nel 2017 di almeno 350 trattamenti nel territorio regionale (269 nei primi 9 mesi 2016 - fonte SDO).
2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra *allertamento-TAC* e *TAC-trombolisi venosa* (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).
3. Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata 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). Le AAS/ASUI sono tenute all'uso dello strumento

informatico che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017 per quanto attiene la stadiazione clinica dei pazienti.

Emergenze cardiologiche

A cavallo degli anni 2016-2017 verrà formalizzata la rete per le emergenze cardiologiche. Nel corso del 2017 si prevede:

1. 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 (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).

Trauma

Nel corso del 2017 dovrà essere formalizzata la rete trauma. Per il 2017, inoltre, si prevede:

1. Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti.
2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.
3. Implementazione, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia.

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 2015 del 65,89% - 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 2015 del 78,24% - fonte Bersaglio)
3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti.

3.4.3. Reti di patologia

L'articolo 39 della legge regionale 17/2014 prevede la messa in rete delle strutture e dei professionisti per diverse patologie con il fine di garantire al paziente, in tutto l'ambito regionale, una maggiore appropriatezza e percorsi assistenziali standardizzati altamente qualificati. Tale approccio richiederà il confronto costante dei professionisti, fra loro e con i rappresentanti dei cittadini, e garantirà di conseguenza una migliore diffusione delle conoscenze. Le reti dovranno essere organizzate in modo da consentire la condivisione di informazioni cliniche, la comunicazione tra i professionisti per migliorare i setting assistenziali delle diverse condizioni di malattia, ponendo al centro dell'azione assistenziale la persona e la sua famiglia. Oltre a quelle di cui ai punti 3.4.1. e 3.4.2., nel corso del 2017 si prevede anche l'avvio dell'attività nei seguenti ambiti con gli obiettivi sotto specificati.

Malattie rare

Con la DGR 1968/2016 è stata rivista la rete delle Malattie rare della Regione. La DGR prevede una serie di funzione a carico del coordinamento della rete per le quali con le linee annuali per la gestione del SSR si finanzia all'ASUIUD un medico con competenze epidemiologiche e di organizzazione per la conduzione del registro malattie rare e la conduzione di gruppi di lavoro finalizzati alla produzione dei percorsi assistenziali delle patologie, un infermiere per la gestione delle attività correlate agli aspetti assistenziali delle funzioni attribuite ed

una figura amministrativa per la gestione degli aspetti burocratico amministrativi. Entro marzo 2017 verranno individuati i presidi hub dei singoli gruppi nosologici che dovranno:

1. Produrre entro il 31 dicembre 2017 almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico.
2. Implementare il flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017)

Malattie reumatiche

Nel 2017 prosegue il lavoro della rete con:

1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. Le AAS/ASUI sono tenute all'uso dello strumento informatico che sarà messo a disposizione entro il primo trimestre 2017.
2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale di ogni AAS/ASUI dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi (AAS e ASUI) o alla struttura complessa (ASUIUD)

3.4.4. Materno-infantile

In seguito ai cambiamenti demografici in corso, nell'area materno-infantile si sta assistendo ad una contrazione del fenomeno delle nascite con ripercussione anche sull'attività delle Pediatrie e delle strutture di chirurgiche con casistica in età pediatrica. È necessario, pertanto, perseguire obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa che assicurino i migliori livelli di qualità e sicurezza sia in ambito ostetrico che pediatrico. In particolare per il 2015 dovranno essere perseguiti i seguenti obiettivi:

1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica
2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio).
3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio).
4. Viene stilato l'elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare l'attività in un'unica struttura o essere eseguiti, eventualmente in più sedi, da una sola équipe chirurgica ed anestesiologicala del IRCCS "Burlo Garofolo"

L'IRCCS Burlo Garofolo collaborerà con la DCS allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi innovativi, anche in prospettiva del prossimo piano obiettivo materno-infantile.

3.4.5 Percorso nascita

Nel corso del 2016 è proseguita l'attività del Comitato percorso nascita regionale relativamente ai compiti assegnati dall'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, n. 137, recepito con DGR 15 giugno 2012, n. 1083; in particolare il monitoraggio dello stato di attuazione delle 10 linee di azione individuate dal suddetto accordo, orientate al miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e la stesura del report annuale richiesto dal Comitato percorso nascita nazionale del Ministero della Salute.

Tra le altre attività svolte nel 2016 si evidenzia la stesura di documenti tecnici (es. trasporto assistito materno - STAM- e in emergenza neonatale -STEN-, parto indotto ecc) da parte di gruppi ristretti di esperti e l'espressione di parere su alcune progettualità regionali (es. screening neonatale, deroga per il Punto nascita di Tolmezzo, organizzazione regionale del trasporto in emergenza perinatale, ecc).

Le Aziende per l'assistenza sanitaria nel corso del 2017:

- verificano l'attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita;
- partecipano, per il tramite dei propri referenti, alle attività del Comitato percorso nascita regionale;
- l'IRCCS Burlo Garofolo e l'ASUIUD, in qualità di centri di II livello per il trasporto in emergenza perinatale (Terapie intensive neonatali e SOC Ginecologia ed Ostetricia) producono e trasmettono alla Direzione centrale salute un report annuale sulle attività di trasporto che fornisca elementi utili al monitoraggio dei seguenti indicatori:
 - o N. neonati per i quali è attivato un trasporto primario nell'anno / N. totale nati nell'anno
 - o N. trasporti primari nell'anno attivati entro 30 minuti dalla richiesta / N. totale trasporti primari nell'anno
 - o N. neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello con scheda compilata dal centro TIN/ N. totale neonati < 34 settimane trattenuti nella Struttura di I livello
 - o N. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno
 - o N. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.
- Supporto ed aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale. Presa in carico di almeno il 30% dei nati.

3.4.6. Sangue ed emocomponenti

Nel 2017 dovrà essere attuato quanto previsto dalla DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti. La struttura nasce dalla fusione di due filoni di attività che attualmente sono affidati dall'AAS2 e dall'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.

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:

1. Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma (valore 2016 +/- 2 %), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione.
2. Mantenimento della quota di compensazione interregionale assegnata dalla pianificazione nazionale (Centro nazionale Sangue) ed interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma).
3. Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte di EGAS, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale.
4. Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.

La DCS garantirà il coordinamento intra-regionale ed inter-regionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione di emocomponenti ed emoderivati, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla pianificazione nazionale e regionale, in relazione agli obiettivi e alle azioni dei piani di settore; nel corso del 2017 ridefinirà, in accordo con gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, le regole della compensazione economica delle attività e dei prodotti del sistema trasfusionale regionale.

3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Nel 2017 devono essere garantiti i livelli di assistenza previsti cercando, nel contempo, l'appropriatezza ed il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni. La programmazione dell'attività delle singole Aziende, sulla base della mission istituzionale assegnata, deve tendere ad una riconversione delle stesse, diminuendo il numero delle prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando il numero di quelle appropriate che più necessitano dal punto di vista della domanda. Prioritariamente devono essere mantenute le prestazioni urgenti e indifferibili, nonché quelle che riguardano le attività di prevenzione ed assistenza primaria. In particolare vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 x mille al 125 x mille.
2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti e del 50% per i pediatri (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti e 69,57% per i pediatri - 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 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio).
4. Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.

Le AAS e le 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.

3.4.8. Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Rischio clinico

Per l'anno 2017 le attività saranno focalizzate sulla messa a regime delle indicazioni e delle raccomandazioni fino ad ora sviluppate nei diversi campi e sulla misurazione e verifica della loro adozione. Oltre alle linee già in essere, particolare attenzione sarà posta su:

- strutturazione della rete in accordo con la delibera n. 1970 del 21.10.2016 "DM 279/2001 – Rete Cure Sicure FVG Della Regione Friuli Venezia Giulia: Modello Organizzativo"
- sicurezza del farmaco attraverso:
 - o il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su *target* di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016);
 - o la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali;
 - o la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale.
- adozione delle misure di "*antimicrobial stewardship*" già definite, incluse:
 - o la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;
 - o l'implementazione e la valutazione dell'impatto delle azioni in essere;
 - o l'adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di *setting* clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie);
 - o l'adozione e la promozione delle strategie per favorire l'*empowerment* di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.

- partecipazione alla “*Point Prevalence Survey*” e diffusione capillare dei risultati.
- adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente.
- identificazione, il coinvolgimento e la formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei *link professional* aziendali dei progetti regionali.
- *empowerment* dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:
 - o la valutazione dell'utilizzo del modulo di “integrazione della lettera di dimissione”;
 - o la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.

Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

La strategia che verrà perseguita nella riorganizzazione dell'offerta prestazionale è quella della concentrazione delle attività per struttura al fine di assicurare casistica adeguata ed esiti attesi secondo standard internazionali. Per assicurare una adeguata qualità assistenziale si dovrà procedere alla concentrazione della casistica, in particolare chirurgica e interventistica invasiva, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016.

Nella riorganizzazione della rete ospedaliera già citata, pertanto, le AAS e le ASUI dovranno operare secondo i criteri delle succitate norme, nonché tenendo conto dei principi di cui all'art.6 della legge regionale n. 17/2013 e dell'art. 25 della legge regionale n. 17/2014. In particolare, per il 2016 si invita ad operare nei settori della *chirurgia oncologica* e della *chirurgia pediatrica*, anche fornendo da parte della DCS indicazioni di benchmarking.

Al fine di fronteggiare e contrastare l'inappropriatezza e la sovra-diagnosi, nel corso del 2016 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di *choosing wisely*. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

- diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa
- diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio
- antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori
- densitometria ossea
- esami preoperatori in pazienti a basso rischio
- antipsicotici in pazienti anziani
- nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale
- inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo
- posizionamento del catetere urinario
- induzione del parto
- altri individuati dai professionisti

Una particolare attenzione all'appropriatezza verrà, inoltre, prestata alle prescrizioni di prestazioni di medicina di laboratorio, per la quale verrà adottato, in via sperimentale presso la AAS4, un supporto informatico ad uso dei prescrittori, sia ospedalieri che della medicina generale.

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Tetti spesa farmaceutica

Per il 2017 i tetti di spesa per la farmaceutica sono in corso di profonda revisione da parte dei organismi statali. Ad oggi i tetti fissati per la farmaceutica ai sensi del comma 3 dell'art.15 del DL 95/2012 erano pari al 11,35% sul FSR per la farmaceutica territoriale (convenzionata+dpc+diretta classe A) e 3,5% del FSR per l'ospedaliera; la bozza di legge di stabilità 2017 prevede invece ai commi 2 e 3 dell'articolo 59 che i tetti per l'assistenza farmaceutica siano così ridefiniti: un tetto per l'assistenza farmaceutica ospedaliera comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto denominato "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR e un tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata denominato "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN (*)

Obiettivi per gli enti dell'SSR

Le Aziende devono assicurare ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera. Le azioni di contenimento dovranno essere in particolare mirate ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni favorendo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle cioè che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiose per il SSR) ovvero privilegiando l'impiego dei medicinali a brevetto scaduto, dei bio-similari (questi ultimi rimangono ancora fortemente sotto i valori internazionali, sia per l'Italia che per il Friuli Venezia Giulia), e dei medicinali acquistati centralmente dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS).

Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, bio-similari).

Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA.

Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.

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, dovranno tendere ai valori target indicati.

Per i bio-similari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale (*).

Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.

La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, 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 programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, 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), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.

A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.

L'EGAS, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, 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. A questo proposito EGAS assicura 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.

Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.

Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.

Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.

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).

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 30.06.2017 e al 31.12.2017).

Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% 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.

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% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato. Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SSSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). 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 è inoltre inserito a sistema il codice targatura.

Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.

(): sia sui tetti della farmaceutica che sui biosimilari ci si riserva di fornire ulteriori indicazioni, tenuto conto che su questi temi è in corso di approvazione la legge di stabilità 2017 (artt.59-60) e che potrebbero esserci delle ulteriori variazioni/emendamenti in fase di approvazione finale della legge medesima.*

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-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,2%
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,8%
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	79,25%	86,1%
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	39,62%	49,5%
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,3%
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,2%
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,1%
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,7%

†basato sul report nazionale gennaio-agosto 2016

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

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità

Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani

Gli obiettivi strategici regionali degli ultimi anni sono stati orientati a dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione di diverse strategie, tra cui la riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani che ha riguardato in particolare:

- l'adozione e introduzione dello strumento Val.Graf.-FVG quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone anziane e delle loro capacità residue;
- 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'attivazione di un sistema di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali per anziani;
- adozione del D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento.

È obiettivo strategico regionale proseguire con il percorso e le azioni intraprese negli anni precedenti al fine di consolidare e rafforzare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, anche prevedendo che le risorse finalizzate al contributo per l'abbattimento della retta di accoglienza a favore degli ospiti non autosufficienti accolti in servizi semiresidenziali e residenziali (art. 13, L.R. 10/97) vengano individuate alle rispettive aziende su base storica e assegnate nell'ambito del finanziamento alle AAS per l'anno 2017.

Ciò premesso, per l'anno 2017, le Aziende per l'assistenza sanitaria collaborano all'attuazione del percorso avviato negli anni precedenti con le seguenti azioni:

1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti

Tutte le Aziende per l'assistenza sanitaria partecipano all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo quanto previsto al titolo X del succitato D.P.Reg. 144/2015 attraverso:

- o la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione;
- o il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione;
- o il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate.

L'AAS n. 5 partecipa, inoltre, alla valutazione della sperimentazione prevista ai sensi del D.P.R. 337 e successivi/12.12.20008 e condotta presso il "Servizio sperimentale" di Aviano al fine esprimere un parere sull'andamento e sui risultati raggiunti, nonché fornire elementi utili per definire i possibili sviluppi e orientamenti della sperimentazione stessa.

2. 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 tre nuove visite di audit approfondite. Ciascuna Aziende provvede inoltre a redigere e

trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

3. Sistemi informativi:

Tutte le AAS e 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 nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.

4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG

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, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.

Disabilità

L'amministrazione regionale ha avviato un processo di riforma del sistema dei servizi sociali e sanitari, al fine di allinearli rispetto al mutato panorama dei bisogni della popolazione. L'obiettivo è di riorientare il sistema d'offerta per renderlo in grado di dare risposte calate sui bisogni delle persone. In questa prospettiva l'area della disabilità rappresenta un elemento di sfida cogente, data la specifica evoluzione dei bisogni di questo settore e le rinnovate sensibilità culturali. Le necessità di cambiamento si rendono evidenti soprattutto in rapporto all'attuale assetto istituzionale e dei servizi che, nel tempo, si è caratterizzato per una maggiore istituzionalizzazione e una significativa rigidità.

A fronte di questo scenario, l'amministrazione regionale intende definire una strategia d'insieme che ponga 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.

Al fine di supportare il processo di riforma del settore della disabilità, si rende indispensabile un'attività di valutazione delle condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, nello specifico si evidenzia la necessità di approfondire le tematiche di carattere sanitario. In particolare, per l'anno 2017, tutte le AAS e ASUI provvedono:

- alla valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione;
- all'individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione-

Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale

Tutte le AAS e ASUI in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 (artt. 10, 11 e 12 – progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale), sono tenute a cofinanziare al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota deve essere aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.

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.

A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficiente 2016 (art. 3), tutte le AAS e ASUI saranno altresì attivamente coinvolte nella rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.

Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili

A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, a tutte le AAS e ASUI è stata demandata la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.

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

Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS e ASUI esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità. Per l'anno 2017, le AAS e ASUI devono effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.

3.6.2 Minori

Affido

Le Linee guida per l'affido familiare, approvate con delibera n 1115 dd 12 giugno 2015, hanno avviato, in tutto il territorio regionale, un processo di uniformazione degli interventi di sostegno alla genitorialità e di tutela dei minori in situazione di temporaneo allontanamento dalla famiglia.

Tutti i servizi socio-sanitari afferenti ai Distretti delle aziende per l'assistenza sanitaria (consultorio familiare in primis), in stretta e sinergica collaborazione con i servizi sociali di tutti i territori della regione, sono stati coinvolti nel dare esecutiva attuazione all'applicazione dei contenuti del documento, attraverso metodologie di intervento improntate sulla diagnostica, prognostica del minore, dei genitori, nonché attraverso interventi specialistici e integrati, di sostegno psicologico e sociale, dell'intero nucleo familiare, nell'ottica di garantire, la prevenzione dell'allontanamento familiare del minore e il recupero di una adeguata genitorialità.

Il servizio sanitario deve pertanto essere garante di una presa in carico tempestiva del minore, della famiglia, garantendo interventi specialistici continuativi e mirati ai singoli individui, attivando azioni e interventi specialistici, per favorire il recupero delle potenzialità genitoriali, il sostegno psicologico del minore e il suo possibile rientro nella famiglia di origine.

A tal fine, il servizio sanitario, in raccordo con il servizio sociale, e, al caso, in collaborazione con l'associazionismo locale presente sul territorio, attua appositi interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, anche attraverso protocolli operativi e gruppi di lavoro multi-professionali, anche sovra-distrettuali, con l'obiettivo di

implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.

Adozioni

La Regione ha avviato , già nel 2015 e attuato nel 2016, un Tavolo di lavoro sulla revisione del Protocollo per l'adozione nazionale e internazionale e sull'elaborazione di specifiche Linee Guida, garanti di indicazioni operative coerenti e uniformi in tutto il territorio regionale, sull'iter adottivo che, coinvolge il sistema socio-sanitario dei servizi delle aziende per l'assistenza sanitaria, in particolare dei Consulenti familiari, gli Enti autorizzati all'adozione internazionale, la Procura minorile e il Tribunale per i Minorenni.

Nel 2017 il Tavolo di lavoro, con il coinvolgimento dei consulenti familiari, assumerà la valenza di organismo tecnico specialistico di approfondimento delle diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle singole procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti , in primis i consulenti familiari e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.

3.6.3 Piani di Zona

Nel corso del 2016 la normativa di riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia, di cui alla legge regionale 26/2014, è stata ulteriormente definita e precisata portando all'effettiva costituzione delle Unioni territoriali intercomunali (UTI). A decorrere dal 2017 le funzioni dei Servizi sociali dei Comuni (SSC) sono esercitate dalle UTI e tra queste anche la funzione di programmazione locale del sistema integrato.

Il 2017 si presenta dunque come periodo di transizione nel corso del quale dovrà essere garantita all'utenza la continuità nella fruizione dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, anche attraverso il proseguimento del percorso di pianificazione locale iniziato nel 2013. A tal fine si ritiene opportuno confermare anche per l'anno 2017 gli obiettivi e le azioni previsti per le aree di integrazione socio sanitaria delle Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 22 marzo 2012, n. 458 e 29 gennaio 2016, n. 132.

In particolare si prevede di attuare la pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria attraverso i seguenti obiettivi/azioni:

- Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.
- Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.
- Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

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. Con l'anno 2017 si intende avviare alcune modalità innovative di gestione di tale rapporto. In particolare:

- tempi d'attesa
- 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
- esperienza nei percorsi assistenziali

3.7.1. Tempi d'attesa

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per l'anno 2017 si prevede quanto segue:

- 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 di tutta l'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%.
- Entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali 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 rispettano i valori soglia sopra riportati e/o 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 nell'indistinto pro-capite, individuato con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 25% è da utilizzare, in extra-tetto, per

l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati. Di tale accordo si darà comunicazione alla Direzione Centrale Salute.

3.7.2. 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. L'apertura di tali reparti e la presenza dei familiari accanto al malato non sono pertanto una "concessione", ma rappresentano una scelta utile e motivata, nonché una risposta efficace ai bisogni del malato e della sua famiglia.

In Italia, compresa la nostra Regione, tali evidenze non sono ancora state implementate ed è ancora del tutto prevalente la presenza di reparti di terapia intensiva o semi-intensiva che impediscono la presenza libera del care giver (familiare, badante o altro), se non per periodi molto limitati (fino a pochi minuti al giorno), con la conseguenza di fornire una comunicazione inefficace ed informazioni frammentate e parziali. La comunicazione continua che scaturisce dalla presenza prolungata dei familiari comporta una loro maggiore comprensione e una crescente fiducia nei confronti dell'equipe curante.

L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze intensive e semi-intensive della Regione, è 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. La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno il 90% dei pazienti, non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.

3.7.3. 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 con fra operatori e pazienti ed ostacola la continuità assistenziale.

L'obiettivo per il 2017, per tutte le degenze della Regione è la possibilità dei pazienti di avere accanto a sé il care giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali. La misurazione sarà fatta dal call center regionale che telefonerà ad un campione significativo di pazienti/familiari ricoverati in tali degenze dopo il 1° maggio. Trattandosi dell'anno di avvio del progetto, la misurazione verrà effettuata solo sui pazienti >

70 anni. L'obiettivo si ritiene raggiunto in caso di risposta affermativa in almeno l'90% dei pazienti e non raggiunto al di sotto del 40%. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017.

3.7.4. 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 sarà pertanto predisposto dalla Direzione centrale salute, entro il mese di aprile, un breve questionario che ogni struttura chirurgica dovrà sottoporre 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. L'obiettivo è che il questionario venga proposto ad almeno il 90% dei pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario; valori inferiori al 40% determineranno il non raggiungimento dell'obiettivo. Il calcolo sarà effettuato sui dimessi degli ultimi 6 mesi dell'anno 2017. Nel caso degli IRCCS Burlo Garofolo e CRO, l'obiettivo è esteso a tutte le funzioni assistenziali.

3.7.5. 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.

Dal maggio 2017, 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.

Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.

3.7.6. Esperienza nei percorsi assistenziali

Alcuni percorsi assistenziali che sono stati formalizzati già da qualche tempo possono giovare della valutazione dell'esperienza dei cittadini, da effettuarsi attraverso l'intervista con questionario strutturato che permetta di evidenziare i punti di forza e di debolezza del percorso.

Per il 2017 verrà valutata l'esperienza dei cittadini dei seguenti percorsi assistenziali:

- ictus
- diabete

Verrà inoltre valutata l'esperienza del cittadino nei ricoveri che hanno previsto la gestione del percorso di cura anche presso altre sedi ospedaliere.

Le valutazioni verranno svolte direttamente dal call center regionale.

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nel 2017 è previsto l'avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal Ministero della salute. Nelle more dell'avvio ufficiale legato al DM questa regione intende avviare autonomamente l'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio 2017.

La corretta compilazione dei nuovi campi sarà monitorata all'interno di un programma comprendente anche le attività di supporto garantita dalla regione e diventerà oggetto di valutazione a partire dal secondo semestre 2017.

Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

La particolare ricchezza e complessità della base dati sanitaria regionale rende necessario un costante processo di miglioramento e di monitoraggio della qualità dei dati in essa contenuti.

Per il 2017, anche in funzione di un corretto adempimento dell'attività legate ai flussi ministeriali, è previsto un piano di formazione per il personale delle aziende sanitarie coinvolto nella compilazione delle SDO e delle Schede di morte. A conclusione del programma, le aziende garantiranno la correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte.

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.

Obblighi informativi e indicatori

Le basi dati gestionali attualmente in uso nelle aziende rappresentano uno 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 pertanto si impegneranno nel 2017 in 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).

Supporto a progetti di valenza regionale integrati fra 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'AOUUD, attraverso la Struttura di Epidemiologia e 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.

Clima interno

Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno con le procedure già espletate nel 2014, secondo un percorso definito dalla DCS.

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Dal 2017 sarà avviata la riorganizzazione dei servizi ICT AAS/ASUI/IRCCSS e la definizione delle rispettive competenze:

- Insiel: servizi core obbligatori erogati centralmente a tutte le Aziende, connettività geografica, fornitura e gestione "centri stella" e cablaggio strutturato verticale LAN negli Enti SSR; acquisizione software per l'attività clinico-sanitaria e gestionale-amministrativa
- Enti SSR: servizi sulle periferiche in generale, servizi di manutenzione VOIP e LAN per tutta la componente orizzontale, interventi di 1° livello di assistenza agli operatori.

Nel corso del 2017 si procederà al consolidamento dei servizi on line per i cittadini: in questo ambito è previsto:

- l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, 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, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile.
- lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati
- la 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.
- implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.

Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:

- sicurezza fisica e logica/funzionale
- 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
- avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 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 del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative

Nel 2017 è completato l'utilizzo della *firma digitale* per i seguenti documenti, per i quali viene fissata la percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti:

- Dove presenti gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera
- Laboratorio e microbiologia > 98%
- Medicina trasfusionale > 98 %
- Anatomia patologica > 98 %
- Radiologia > 98%
- ECG > 80%.

Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2017 s'interverrà su:

- a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero

- a. cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota.
- b. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari.
- c. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on
- 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.
- g. Completamento della fornitura di hw/sw (unica piattaforma tecnologica di riferimento) per i laboratori hub a livello regionale: estensione del Laboratorio hub di Udine a tutta l'AAS3 e avvio del Laboratorio hub di Trieste.

PACS

Il coordinamento del sistema PACS regionale rimane nell'ambito della DCS che si avvale, per la gestione operativa del sistema, dell'EGAS. Per il 2017 le linee di sviluppo sono le seguenti:

- a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore della diagnostica ecografica in ambito ostetrico/ginecologico, prosecuzione dell'estensione nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione nell'ambito residuale dell'endoscopia ambulatoriale e in radioterapia;
- b. implementazione e messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda;
- c. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri;
- d. completamento del percorso di integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto del sistema PACS regionale;

6. GLI INVESTIMENTI

Per l'esercizio 2017 è prevista una quota pari a 20.000.000,00 euro in conto capitale per "Investimenti in sanità". La percentuale di tale finanziamento da ripartire tra gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 33 comma 10 della Legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 "Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti" sarà definita nella misura massima pari al 10%.

L'assegnazione delle rimanenti risorse in conto capitale sarà definita sulla base dei Programmi preliminari approvati dalle Aziende, ai sensi dell'art. 33 della Legge regionale sopracitata. Tali Programmi preliminari dovranno essere orientati alla realizzazione di interventi di investimento che riguardino prioritariamente, anche per il 2017, oltre all'adeguamento e messa a norma degli edifici:

- la prosecuzione l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche delle aree ad alta intensità di cura, emergenza-urgenza e sale operatorie e in generale del parco tecnologico in relazione allo stato di obsolescenza
- la prosecuzione della riorganizzazione dei centri di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle attività dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale)
- la prosecuzione del rinnovo del parco automezzi 118
- la prosecuzione dell'adeguamento e delle realizzazioni delle eli-superfici degli hub regionali e dei presidi ospedalieri spoke; inoltre si prevedono eventuali interventi necessari per l'allestimento delle piazzole di atterraggio in altri siti regionali con particolare riguardo alle aree di montagna o comunque logisticamente sfavorite
- aggiornamento informatico: reti fisiche, hardware e postazioni di lavoro.

Per l'esercizio 2017 è prevista una quota pari a 12.000.000,00 euro al capitolo 4354 per dare copertura a:

- canoni di leasing derivanti dalle acquisizioni già effettuate fino al 2008 in attuazione dei programmi per gli anni 2006, 2007 e 2008;
- quote di ammortamento derivanti dagli acquisti già effettuati mediante liquidità di cassa o avviati alla data del 31.12.2008, in attuazione dei programmi per gli anni 2006, 2007 e 2008;
- quote relative ad altri interventi d'investimento in attuazione ad atti di programmazione regionale già approvati (es. PACS), realizzati mediante strumenti finanziari quali la locazione finanziaria e la finanza di progetto.

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli investimenti sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SSSR. Inoltre, per il PACS, la quota parte delle risorse iscritte nel bilancio regionale al capitolo 4354 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 al precedente capitolo 4..

Nel 2017, relativamente al patrimonio, gli Enti dovranno acquisire il parere della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia:

- per la sottoscrizione degli impegni con soggetti terzi;
- per l'avvio di procedure per forniture in "service" o noleggi che prevedano la sostituzione di tecnologie biomedicali di proprietà dell'Ente;
- per 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
- Angiografi
- Ciclotroni
- Gamma camere computerizzate
- Laser chirurgico
- Litotritori extracorporei
- Microscopi operatori
- Simulatori per radioterapia
- Sistemi per tomoterapia
- Sistemi per trasmissione ed archiviazione di bioimmagini (PACS)
- Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica
- Sistemi TAC/gamma camera integrati
- Sistemi TAC/PET integrati
- Strumentazione per litotrissia endoscopica
- Strumentazione per navigazione chirurgica
- 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.

Nel corso del 2017 è richiesta inoltre la definizione di un piano di dismissione delle tecnologie sottoutilizzate e/o obsolete

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2018, gli enti del SSR dovranno adottare e tramettere al NVISS l'aggiornamento annuale del programma preliminare degli investimenti entro il 15 settembre 2017 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 2017 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 31/12/2015, secondo i pesi per la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale 2014. Per il livello dell'assistenza domiciliare integrata è stata considerata la popolazione ultra sessantacinquenne pesata; inoltre è stata individuata la popolazione ultra sessantacinquenne 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 suddivisa per provincia.

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

	Regione	ASUI Trieste	AAS2	AAS3	ASUI Udine	AAS5
popolazione secca al 31/12/2015	1.221.299	234.955	251.538	169.774	252.238	312.794
popolazione pesata al 31/12/2015	1.370.913	279.877	285.289	191.377	281.329	333.041
popolazione pesata > 65 al 31/12/2015	777.800	169.371	163.181	108.886	158.079	178.283
popolazione pesata > 65 al 31/12/15 > 500 m alt.	31.396			27.983	187	3.226

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta attraverso la miglior 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 0,1% ed accantonata tra i fondi sovra-aziendali da assegnare alle aziende quale quota premiale agganciata al corretto e tempestivo invio dei flussi al ministero.

Il finanziamento 2017 ha due livelli di attribuzione, ad un primo livello è ripartito fra le aziende la quota che sarebbe attribuita dal fondo sanitario nazionale, incrementato dagli extra-LEA regionali. Tale finanziamento, ammontante ad euro 2.072.822.832, 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 (finanziamento pari a 1.004.800,00 Euro) e VAD cardiocirurgia (finanziamento pari a 700.000,00 Euro);
- Centro malattie rare;
- Attività di Ricerca;
- Risorse aggiuntive regionali;
- Piano sangue;
- 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:

- la distribuzione farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, con uno standard di 125 euro;
- la distribuzione farmaceutica territoriale diretta, che comprende tutta l'erogazione di farmaci a utenza non ricoverata, con uno standard di 61,47 euro che comprende, a differenza dell'anno scorso, i farmaci per l'epatite C ed esclude quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara.
- la distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, con uno standard di 25,45 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 previsti nella convenzione unica regionale, attualmente in fase di approvazione, ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%; il finanziamento per le funzioni di integrazione socio-sanitaria, contiene l'attuazione delle previsioni contenute nella relazione politico programmatica per l'anno 2016, in tema di riclassificazione e ricollocazione negli stanziamenti di pertinenza di spese sul fondo sanitario regionale.
- Lo standard per l'assistenza ospedaliera è complessivamente di 606,17 euro a livello regionale; remunera per 536,10 euro la parte tariffata e, per la restante quota, la complessità.
- Per le altre prestazioni di assistenza sanitaria (strutture residenziali specifiche/handicap) sono considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2016 mentre per le RAR è stato riproposto il finanziamento del 2016, dato provvisorio in attesa della conferma degli accordi regionali.
- Nell'ambito della quota di cui dall'articolo 2, comma 1 bis, della L.R. 10 agosto 2006, n. 14, viene specificatamente evidenziata la quota destinata alla ricerca, che è pari a 18.594.000 euro, da suddividere in parti uguali fra i gli IRCCS regionali Burlo Garofolo di Trieste e CRO di Aviano.
- Il finanziamento dell'EGAS fa riferimento a quanto già assegnato per l'anno 2016 in relazione al personale per le progettualità che transitano in EGAS è stato previsto il trasferimento del finanziamento secondo la linea "attività trasferite ad EGAS" della tabella 1.

Il fondo sanitario regionale per l'anno 2017 è stato determinato in 2.237.000.000 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 sovra-aziendali.

Il fondo per le liste d'attesa di € 2.500.000 di cui alla LR 7/2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale" è compreso nelle quote di finanziamento delle 5 aziende territoriali per le specifiche linee di attività specialistica ambulatoriale.

Tabella 1: Finanziamento per funzioni e popolazione

	Regione	ASUI TS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS5	IRCCS BURLO	IRCCS CRO	EGAS
Farmaceutica territoriale (convenzionata)	171.364.125,00	34.984.625,00	35.661.125,00	23.922.125,00	35.166.125,00	41.630.125,00			
pro capite proiezione 31/12 (report farma)									
standard	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00			
Farmaceutica territoriale diretta	84.270.022,00	17.204.039,00	17.536.715,00	11.743.944,00	17.293.294,00	20.472.030,00			
pro capite proiezione 31/12 (report farma)									
standard	61,47	61,47	61,47	61,47	61,47	61,47			
Farmaceutica DPC	34.889.736,00	7.122.870,00	7.260.605,00	4.870.545,00	7.159.823,00	8.475.893,00			
por capite DPC									
standard	25,45	25,45	25,45	25,45	25,45	25,45			
AFIR	17.684.777,00	3.610.413,00	3.680.228,00	2.468.763,00	3.629.144,00	4.296.229,00			
pro capite proiezione 31/12 (II rend)	12,40	12,70	14,20	9,90	12,30	12,30			
standard	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9			
Ricoveri totale	831.005.819,00	172.205.216,00	163.841.674,00	109.458.237,00	186.558.665,00	192.124.248,00	3.644.844,00	3.172.935,00	
Complessità (10% tariffario tot escluso Pronto Soccorso)	70.689.627,00	13.033.224,00	10.891.437,00	6.856.463,00	21.018.517,00	13.573.025,00	2.144.026,00	3.172.935,00	
7% tariffato	25.337.037,00	9.123.257,00			14.712.962,00		1.500.818,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 125 per 1000)	734.979.155,00	150.048.735,00	152.950.237,00	102.601.774,00	150.827.186,00	178.551.223,00			
pro capite ultimi 12m	557,90	564,20	550,90	560,60	548,70	564,90			
pro capite tot stima									
standard totale	606,17								
standard mobilità	536,10	536,10	536,10	536,10	536,10	536,10			
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	41.742.437,00	6.481.595,00	10.100.327,00	8.435.428,00	6.658.850,00	10.086.237,00			
Specialistica totale	265.957.122,00	54.296.138,00	55.346.066,00	37.127.138,00	54.577.826,00	64.609.954,00			
Specialistica mobilità (3,5 prestazioni)	265.957.122,00	54.296.138,00	55.346.066,00	37.127.138,00	54.577.826,00	64.609.954,00			
complessità Specialistica (10% tariffato)									
pro capite ultimi 12m	187,50	194,10	189,40	179,60	187,20	185,20			
standard	194,00	194,00	194,00	194,00	194,00	194,00			
Prevenzione	111.846.562,52	21.517.179,00	23.035.850,04	15.547.902,92	23.099.956,04	28.645.674,52			
Veterinaria	559.233,00	111.847,00	83.885,00	223.693,00	83.885,00	55.923,00			
standard 5% fondo	91,58	91,58	91,58	91,58	91,58	91,58			
ADI	33.986.232,00	7.113.582,00	6.853.602,00	5.748.498,00	6.647.172,00	7.623.378,00			
standard	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00			
standard pop > 500 m. alt.	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00	84,00			
Protesica	20.563.695,00	4.198.155,00	4.279.335,00	2.870.655,00	4.219.935,00	4.995.615,00			
standard	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00			
Integrazione Socio Sanitaria (ass. sanitaria in strutture conv.)	22.622.996,00	4.276.430,00	3.875.567,00	2.701.253,00	5.729.074,00	6.040.672,00			
Convenzionata (MMG; PLS; Specialisti)	131.375.270,00	24.750.849,00	27.805.724,00	18.292.701,00	26.103.592,00	34.422.404,00			
Altre Prestazioni di Assistenza Sanitaria (Strutture residenziali specifiche/handicap)	52.670.690,00	18.404.920,00	8.986.350,00	4.080.954,00	14.160.171,00	7.038.295,00			
Funzioni socio assistenziali finalizzate	690.000,00	25.000,00			140.000,00	525.000,00			
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 regionali trapianti e VAD	1.704.800,00				1.704.800,00				
Centro regionale malattie rare	700.000,00				700.000,00				
Finanziamento RAR	29.109.523,00	6.193.216,00	5.007.918,00	3.020.463,00	7.661.064,00	5.202.310,00	1.105.506,00	919.046,00	
Piano sangue regionale e Nat HCV	4.050.000,00								4.050.000,00
Attività centralizzate EGAS	9.276.383,00								9.276.383,00
Ulteriore quota pro capite	122.133.679,05	22.995.860,43	26.949.320,90	17.377.803,35	23.574.273,52	31.236.420,85			
Finanziamento LEA ed Extra LEA	2.072.822.832,00	414.591.481,43	414.317.914,94	274.196.142,27	441.254.871,56	483.371.022,37	16.376.035,00	13.388.981,00	15.326.383,00
Integrazione finanziamento	87.160.715,00	48.788.651,00	1.000.000,00	5.500.000,00	21.050.000,00	1.000.000,00	9.572.064,00	250.000,00	0,00
Finanziamento enti 2017 base	2.159.983.547,00	463.380.132,43	415.317.914,94	279.696.142,27	462.304.871,56	484.371.022,37	25.948.099,00	13.638.981,00	15.326.383,00
Attività trasferite EGAS		-461.029,00	-588.178,00	-355.905,00	-2.222.136,00	-448.389,00	-82.704,00		4.158.341,00
Finanziamento enti 2017 effettivo	2.159.983.547,00	462.919.103,43	414.729.736,94	279.340.237,27	460.082.735,56	483.922.633,37	25.865.395,00	13.638.981,00	19.484.724,00

Tabella 2: Sovra-aziendali

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Finanziamento previsto 2017	Ente gestore	Note
1	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
2	Elisoccorso	4.100.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
3	Campagna di informazione donatori di sangue	75.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
4	Assicurazioni RC (polizza)	5.171.175,00	EGAS	Linea centralizzazione
5	Assicurazioni RC (fondo copertura 2016)	9.000.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
6	Avvalimento di personale delle Aziende Sanitarie	250.000,00	ASUIUD	Intervento specifico (LR 12/2009 art.10 comma11)
7	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	43.000,00	AAS 2	Linea prevenzione
8	Spese di funzionamento Ceformed - Centro regionale di formazione area cure primarie	1.350.000,00	AAS 2	Centro regionale formazione medici di base (DGR 2718/2009)
9	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.610.000,00	AAS 3	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	2.363.000,00	AAS 3	DLgs 368/1999, art. 37
11	Rimborso oneri per indennizzi L 210/92	827.828,00	AAS 3	Rimborso oneri specifici L. 210/92 e L.362/99
12	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460.000,00	AAS 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
13	Supporto Area Welfare di comunità per attività programmazione, progettazione e gestione interventi aree sanitaria, sociosanitaria e politiche sociali e cofinanziamento regionale - DGR 2788/2009 e DGR 394/2011	1.000.000,00	AAS 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
14	Progetti internazionali	100.000,00	AAS 2	Attività supporto integrazione sociosanitaria Area Welfare
15	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	AAS 2	Protocollo Regione Università - DLgs 502/1992, art.6 comma 3
16	Spese dirette dell'ARPA per il funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria per tecnici della prevenzione	170.000,00	AAS 2	Protocollo Regione Università - DLgs 502/1992, art.6 comma 3
17	Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria	260.000,00	DCSISPS	Linea prevenzione
18	Risorse aggiuntive regionali per personale dipendente del SSR (€ 2.016.285 comparto; €692.630 dirigenza; € 381.000 personale 118)	3.174.156,00	AAS 3	Gestione risorse umane
19	Progetto "Piccole produzioni locali"	150.000,00	ASUIUD	Linea prevenzione (DGR 2271/2012)
20	Prevenzione, trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo	60.000,00	AAS. 2	L.R.1/2014
21	Piano della formazione, della comunicazione e studi	600.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
22	Progetto odontoiatria sociale	1.500.000,00	ASUITS	Linea prevenzione
23	Piano superamento OPG	1.500.000,00	ASUIUD	Attività DGR 622/2015
24	Screening metabolico	700.000,00	Burlo	Linea prevenzione
25	Piano per la valutazione del patrimonio edile impiantistico del SSR (Prima fase) e per realizzazione di studi di fattibilità e progettazioni preliminari per appalti pubblici	800.000,00	Burlo	Attività DGR 2559/2015
26	Emergenza disinfestazione zanzara tigre e zika virus	100.000,00	ASUITS	Linea prevenzione
27	Incremento RAR attuazione riforma	484.898,00	AAS 3	Gestione risorse umane
28	Medici di Medicina Generale	15.703.396,00	AAS 2	Attività DGR 1635/2014; DGR 2368/2015; DGR 1041/2016
29	Accordo PLS	130.000,00	AAS 2	Attività DGR 578/2016
30	Saldo mobilità extraregionale 2013/2015 ricoveri	10.230.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
31	Saldo mobilità extraregionale 2013/2015 ambulatoriale	3.000.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
32	Obiettivo Flussi Ministeriali Quota 0,1%	1.020.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
33	Finanziamento Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	200.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
34	Contratti rinnovo	7.000.000,00	EGAS	Linea centralizzazione
35	Personale disturbi comportamentali, autismo	1.000.000,00	EGAS	Attività DGR 1671/2016
Sovraziendali 2017		77.016.453,00		

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 a pag. 65 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, per i quali l'AAS ha effettuato entro il primo trimestre 2016 una valutazione da parte di una commissione di professionisti esterni (costo/anno/paziente superiore ai 500.000 €)
- Per la *Farmaceutica ospedaliera*: sulla base dei dati di settembre 2016, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera pari al 2,7%, rispetto al corrispondente periodo gen-sett. 2015 (flussi NSIS). Per il 2017 le aziende che hanno fatto registrare nel 2016 vs 2015 (gen-sett.2016):
 - o un incremento superiore al 2,7% dovranno ridurre del 2% il valore registrato nell'anno 2016 (ASUIUD e CRO);
 - o un incremento inferiore al 2,7%, dovranno ridurre dell'1% il valore registrato nell'anno 2016 (AAS5);
 - o un decremento, dovranno ridurre dello 0,5% il valore registrato nell'anno 2016 (ASUITS, AAS2, AAS3, BURLO).

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione.

- Per i *Dispositivi medici*, le aziende dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2016.
- Il numero di *prestazioni ambulatoriali* per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 3,5 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 *tasso di ospedalizzazione* di ogni Azienda non deve superare il 125 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

Ai fini dell'avvio dei percorsi attuativi della certificabilità (PAC) viene estesa l'attività all'AAS5 per sperimentare lo strumento anche nel territorio.

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 socio-sanitaria, 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 2017, i dati delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di farmaceutica territoriale diretta, erogate a favore dei cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni. La compensazione della mobilità avverrà a livello centralizzato; per la redazione del bilancio preventivo la Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia invierà con la nota metodologica le relative matrici di mobilità.

Relativamente al passaggio di funzioni delle analisi di laboratorio lo scambio di fatturazione per le prestazioni relative al laboratorio analisi tra le aziende avverrà con un abbattimento del 45% rispetto alle tariffe in vigore.

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 2017, 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 2017 sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata nel 2016 di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).

La spesa per medicinali per i quali non è rilevato il codice fiscale non sarà 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.

8.3.2. Mobilità extra-regionale

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 variazione della mobilità extraregionale 2014 e 2015, che fanno riferimento ai bilanci 2016 e 2017, è accantonata tra le risorse sovraziendali e non verrà posta a carico del risultato delle aziende.

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 il lavoro già avviato e con la gestione e l'implementazione del sistema "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" - ASPE.

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 degli esercizi precedenti, 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.

Ad EGAS verrà assegnata la gestione dei pagamenti delle attività sovra-aziendali.

Relativamente al fondo assicurativo, al fine di responsabilizzare le aziende, la quota del finanziamento 2017, pari a 9.000.000,00 di competenza dell'EGAS, viene ripartita tra le aziende secondo il criterio del fatturato per attività di ricovero, ambulatoriale e di pronto soccorso 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 2017 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	Regione	ASUI TS	AAS2	AAS3	ASUI UD	AAS5	IRCCS BURLO	IRCCS CRO
-	9.000.000	- 1.607.331	- 1.486.751	- 903.130	- 2.472.857	- 1.793.223	- 412.237	- 324.471
	9.000.000	1.607.331	1.486.751	903.130	2.472.857	1.793.223	412.237	324.471

8.3.5 Abbattimento rette per anziani non autosufficienti

La quota relativa all'abbattimento rette per non autosufficienti 2017, per complessivi 45.000.000,00, viene assegnata ad inizio anno alle aziende in base al finanziamento storico. 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 pagamenti delle rette.

8.3.6 Gestione delle risorse umane

La gestione delle risorse umane per l'anno 2017 prosegue nell'ambito del consolidamento del percorso avviato dalla riforma del Servizio Sanitario Regionale. Nel corso dell'anno passato ha trovato completamento del nuovo assetto istituzionale poiché oltre alle 5 aziende sanitarie territoriali e all'Ente per la gestione integrata dei servizi condivisi operanti dal 1.01.2015, si è, altresì, realizzata l'incorporazione delle Aziende ospedaliere universitarie di Trieste e Udine rispettivamente nelle aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4 che hanno assunto il nome di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine".

Coerentemente al documento recante i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, le aziende ed enti del SSR hanno adottato i propri atti aziendali ed hanno iniziato a darne applicazione; le aziende sanitarie integrate presenteranno, invece, la proposta di atto aziendale nel 2017.

In tale contesto le regole della programmazione del personale sono state individuate in due momenti: inizialmente sulla scorta del percorso di autorizzazione delineato dalle Linee di Gestione mentre nella seconda parte dell'anno sulla base delle prescrizioni di cui alla DGR n. 1671 del 9.09.2016 a fronte della necessità di dare attuazione e/o completamento ad alcune delle progettualità della programmazione regionale.

Nel 2017 la manovra del personale sarà definita alla luce delle progettualità, delle scelte strategiche regionali nonché dei fondamentali provvedimenti di programmazione.

Nel 2017, permane il limite di costo per l'assunzione di personale: il costo del personale dipendente non può superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

Si conferma, altresì, l'opportunità anche per l'anno 2017 di consentire alle aziende ed enti del SSR, nell'ambito dell'autonoma responsabilità delle direzioni aziendali, una tempestiva gestione delle manovre di reclutamento a fronte di criticità inerenti il mantenimento dei livelli assistenziali e di garanzia dell'erogazione di servizi e a fronte della necessità di dare attuazione e/o completamento ad alcune delle progettualità della programmazione regionale, secondo i principi di cui alla DGR n. 1671 del 9.09.2016.

A tal fine, per il 2017 le aziende ed enti del SSR sono autorizzate a procedere alle seguenti assunzioni:

- 1) assunzioni di personale per specifiche progettualità regionali in deroga al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse);
- 2) assunzioni di personale nel rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse);

Le assunzioni di cui al punto 1, sono riferite alle seguenti progettualità regionali:

- a) sviluppo dell'assistenza primaria: a seguito dell'attivazione delle AFT e della realizzazione della nuova medicina di gruppo integrata nonché dell'attivazione dei C.A.P. (con i requisiti previsti dalla normativa di riferimento), le aziende sono autorizzate ad acquisire personale: detto personale è reperibile per il 50% mediante processi di reingegnerizzazione delle risorse interne da parte delle aziende, il rimanente con nuove assunzioni che costituiscono giustificativo all'eventuale superamento del vincolo dell'1% del costo del personale 2012;
- b) piano dell'odontoiatria sociale: le aziende sono autorizzate ad assumere il personale necessario al fine di dare attuazione al programma di potenziamento dell'odontoiatria sociale relativamente all'attuazione dei LEA, secondo il programma definito dal responsabile del progetto regionale dell'ASUITS;
- c) liste di attesa: nei limiti delle risorse delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/2012 convertito nella L. 6 novembre 2012 n. 189 (trattenuta del 5% sul compenso del libero professionista) le aziende ed enti del SSR sono autorizzate ad assumere il personale necessario per la gestione dei tempi di attesa rispetto alle prestazioni individuate come "critiche" secondo gli standard di erogazione per fascia di priorità;
- d) disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme): al fine di definire un sistema integrato di interventi coordinati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da disturbi comportamentali, nelle loro varie forme, le aziende ed enti del SSR sono autorizzati ad assumere personale del comparto e della dirigenza nei limiti del finanziamento assegnato per tale finalità e parametrato fino ad un massimo di 3 unità di personale per azienda tra comparto e dirigenza. Si precisa che la deroga al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 riferita alla predetta lettera d) è concessa esclusivamente per le aziende ed enti del SSR che non hanno ancora provveduto alle relative assunzioni. Il costo a regime delle unità acquisite nel 2016 per la medesima progettualità regionale resta invece soggetto al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse);

Nell'ambito delle risorse assegnate per il 2017 a ciascuna azienda ed Ente del SSR, per le predette progettualità le Direzioni Generali all'interno dell'autonomia e discrezionalità riconosciute sono autorizzate a procedere alle assunzioni di personale senza la necessità di richiedere la preventiva autorizzazione regionale, esclusivamente nel rispetto dei seguenti vincoli:

- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);
- realizzazione della singola assunzione in coerenza con le progettualità regionali descritte nelle lettere dalla a) alla b) di cui sopra.

Al di fuori delle deroghe concesse e appena descritte, tutte le altre assunzioni (assunzioni di cui al punto 2) devono essere effettuate nel rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012 (voci fisse) nell'ambito del rispetto della normativa nazionale riferita al contenimento della spesa del personale. Rientrano nel rispetto di tale limite anche le assunzioni correlate all'attuazione del Piano dell'emergenza.

Nell'ambito delle risorse assegnate per il 2017 a ciascuna azienda ed Ente del SSR, le Direzioni Generali all'interno dell'autonomia e discrezionalità riconosciute sono quindi autorizzate a procedere alle assunzioni di personale senza la necessità di richiedere la preventiva autorizzazione regionale, esclusivamente nel rispetto dei seguenti vincoli:

- accertamento che la singola assunzione sia effettuata nel rispetto dell'abbattimento dell'1% dei costi fissi del 2012. Per il personale del comparto dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e l'operatore socio sanitario del ruolo tecnico), le aziende possono derogare dal tetto dell'1% per motivate esigenze assistenziali da autorizzare da parte della Regione;
- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);

- realizzazione della singola acquisizione in coerenza con l'attuazione delle progettualità portate avanti dalla pianificazione regionale, quali in particolare:
 - attuazione sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni dei contenuti delle delibere di Giunta Regionale nn. 2673/2014, 929/2015, 1437/2015, 2151/2015, e 613/2016;
 - graduale attuazione degli atti aziendali approvati;
 - attuazione per gli aspetti riguardanti il personale delle funzioni affidate all'Ente per la Gestione Accentrate dei Servizi Condivisi.
- relativamente alle funzioni amministrative e tecniche oggetto di accorpamenti le aziende prima di procedere a qualsiasi assunzione dovranno porre in essere processi di riorganizzazione al fine assicurare le attività tramite l'utilizzo di risorse interne;
- attuazione delle progettualità regionali per il 2017.

Nel rispetto delle prescrizioni di cui sopra, le aziende definiranno il proprio fabbisogno annuale di personale necessario per il funzionamento delle singole strutture in relazione all'attuazione dell'atto aziendale e alle indicazioni progettuali regionali per il 2017.

Nella determinazione del fabbisogno prosegue anche per il 2017 l'attuazione del Protocollo per la stabilizzazione del personale precario approvato con DGR n. 1384 del 22.07.2016; le aziende dovranno, pertanto, tenere conto delle procedure di stabilizzazione individuando i posti oggetto di selezioni riservate.

La manovra del personale per il 2017 dovrà essere orientata a diminuire la percentuale dei rapporti a tempo determinato a vantaggio di quello a tempo indeterminato, ferma restando in ogni caso la possibilità di supplire il personale assente.

Circa le procedure di esternalizzazioni di servizi, di qualsiasi tipologia e indipendentemente dal valore economico, si richiama la norma generale della preventiva valutazione di costo-efficienza della esternalizzazione e della conseguente modifica della dotazione organica dell'azienda, in attuazione delle previsioni di cui all'art. 6bis del decreto legislativo 165/01 e s.i.m. Tale valutazione deve, ai sensi della predetta norma, trovare evidenza nei verbali dei Collegi sindacali delle Aziende interessate.

Si richiama, altresì, la completa e puntuale applicazione di cui all'art. 4, comma 7 quinquies del D.L. 13.9.2012, n. 158.

ALTRE TEMATICHE

Mobilità 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, si è condiviso che lo spostamento del personale avvenga prioritariamente su base volontaria .

A tal fine è nell'interesse del sistema che le aziende ed 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.

Con specifico riferimento al trasferimento del personale del comparto all'EGAS per l'avvio della Centrale Operativa regionale 118, è prevista la possibilità di rientro nell'Amministrazione di provenienza da parte di ciascun dipendente interessato durante il secondo anno di attività della Centrale Operativa.

Obiettivi di produttività collettiva/risultato

Nell'individuazione degli obiettivi correlati al sistema di incentivazione di cui al fondo "della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali" e al fondo "per la

retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale”, le aziende ed enti del SSR dovranno tenere conto degli obiettivi presenti nelle Linee di Gestione.

Fabbisogno di personale

Nel corso del 2017, la Direzione Centrale salute integrazione socio sanitaria politiche sociali e famiglia procederà alla definizione di standard e parametri relativi al personale amministrativo, sanitario e tecnico al fine di individuare i fabbisogni concreti, sulla base delle funzioni effettivamente svolte dalle aziende ed enti del SSR. La definizione degli standard terrà conto della vigente normativa di riferimento nazionale e regionale.

8.3.7. Formazione

Riguardo alla formazione si forniscono indicazioni sui seguenti temi:

- 1) le priorità regionali in termini organizzativo - gestionali;
- 2) indicazione per i *provider* pubblici del SSR;
- 3) indicazioni per tutti i *provider* del sistema regionale di formazione continua ed ECM;
- 4) le priorità sui temi della formazione.

1) Le priorità regionali in termini organizzativo - gestionali.

- Sviluppo della FAD. La Regione intende continuare il percorso avviato nel 2016 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. Nel corso del 2017 verrà adottata un'unica piattaforma regionale di e - learning, dialogante con l'applicativo GFOR, che potrà essere utilizzata da tutti gli enti del Servizio sanitario regionale.
- Iscrizioni on line agli eventi formativi. Al fine di consentire maggiore efficientamento del processo di gestione degli eventi formativi la regione nel corso del 2016 ha predisposto, attraverso Insiel, lo sviluppo della funzione di "iscrizioni on line" agli eventi formativi che è stata sperimentata presso alcuni enti SSR. Nel corso del 2017 lo sviluppo di detta funzione dovrà trovare piena realizzazione, per determinate tipologie di eventi che verranno individuati dai provider in sede di accreditamento e per i corsi indicati nel Piano Regionale della formazione (PRF), presso tutti i provider del servizio sanitario regionale (esclusi ordini e soggetti privati accreditati).
- Qualità della formazione continua ed ECM. Dato avvio, tra il 2015 ed il 2016, alla riforma del sistema regionale ECM recependo gli ultimi Accordi Stato – Regioni, nel 2017 si ritiene di porre maggiore attenzione al tema della qualità e della valutazione d'impatto della formazione. L'Osservatorio regionale della qualità della formazione continua, che ha preso avvio nel corso del 2016, quale articolazione della Commissione regionale per la formazione continua ed ECM, contribuirà, assieme alla Direzione centrale competente, alla definizione degli obiettivi di qualità e delle azioni da porre in essere per il loro raggiungimento nonché al relativo monitoraggio.
- Sponsorizzazione individuale e reclutamento dei discenti. Considerato che il tema non è mai stato oggetto di vera analisi, nel corso del 2017 i competenti organi regionali, sulla base delle funzioni assegnate agli enti accreditanti, porranno in essere una serie di azioni per l'analisi del fenomeno ed il relativo monitoraggio.
- Accreditamento standard dei provider ECM. Nel corso del 2017 tutti i provider accreditati con riserva per un biennio passeranno, su istanza, all'accreditamento standard di durata quinquennale: sul possesso dei requisiti dichiarati e sulle attività degli stessi la Regione FVG 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.

2) Indicazione per i provider pubblici del SSR.

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 dalle presenti Linee per la gestione e dalle rispettive direzioni aziendali e saranno attuate mediante percorsi formativi realizzati:

- dalla Regione, per il tramite di EGAS o altro provider espressamente indicato. L'offerta formativa sarà indicata nel Piano regionale della formazione 2017 (PRF) che potrà essere aggiornato in corso d'anno, previa comunicazione agli enti interessati;
- dagli enti SSR, secondo le indicazioni vincolanti in termini di priorità, obiettivi, tempi, contenuti e destinatari forniti direttamente dalla Regione;
- dagli enti SSR, senza vincoli da parte della Regione, in relazione ai fabbisogni formativi specifici di ciascun ente.

3) 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 s.m.i. e provvedono, tendo conto del format predisposto dalla Direzione centrale competente, alla stesura ed invio alla Direzione centrale competente del Piano formativo annuale, quale strumento di programmazione, entro il 30 marzo 2017, al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PRF nonché alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2016, entro il 31 maggio 2017.

Dovrà essere posta la massima attenzione alla corretta trasmissione dei dati relativi al riconoscimento dei crediti tramite traccia elettronica secondo il format tempo per tempo indicato.

4) Le priorità sui temi della formazione

La Legge regionale n. 17 del 16.10.2014, 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:

- a. realizzare programmi di umanizzazione delle cure;
- b. valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;
- c. favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;
- d. sostenere, altresì, 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:

- Emergenza - urgenza, in particolare in tema di: triage, dispatch, traumi, emergenze cardiologiche e ictus e di attivazione di un Centro regionale di simulazione per l'addestramento in contesti di emergenza-urgenza;
- Reti di patologia (insufficienza d'organo e trapianti);
- 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;
- Bioetica nei servizi sanitari e socio-sanitari

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;
- terapia della dignità.

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	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	$\leq 30\%$
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	30 up pro cap
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	$\geq 38\%$
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza un regime ordinario	$\leq 0,32$
23	Percentuale parti cesarei	$< 20\%$
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	$> 70\%$
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$\leq 20'$

IL SEGRETARIO GENERALE

IL VICEPRESIDENTE