

Allegato 1

# Piano Attuativo 2023



**PIANO ATTUATIVO  
E  
BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO  
2023**

PREMESSA.....	3
OBIETTIVI STRATEGICI O A GESTIONE PRIORITARIA.....	15
A.    PNRR MISSIONE 6 - COMPONENT 1: INVESTIMENTI E ATTUAZIONE DELPROGRAMMA REGIONALE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE.....	15
B.    GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICOPROGRAMMATO - REVISIONE E SVILUPPO DEI PROCESSI AZIENDALI.....	19
C.    ATTIVITÀ DEGLI ENTI: AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ,MONITORAGGIO E GOVERNO REGIONALE.....	21
D.    RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI.....	22
E.    PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI.....	24
F.    INDICATORI D'ATTIVITÀ E DI ESITO E OBIETTIVI D'ASSISTENZA.....	27
G.    TEMPI DI ATTESA.....	31
ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO EMANTENIMENTO.....	32
1    ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA.....	32
1.1    Il Piano regionale della prevenzione 2021 -2025.....	32
1.2    Programmi di screening HCV.....	36
1.3    Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemaiinfluenzale (panFlu FVG 2021-2023).....	36
1.4    Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica.....	36
1.5    Miglioramento Sorveglianze.....	37
1.6    Rete HPH.....	38
2    ASSISTENZA TERRITORIALE.....	38
2.1    Assistenza primaria.....	38
2.2    Disturbi dello Spettro Autistico.....	39
2.3    Disturbi del comportamento alimentare (DCA).....	39
2.4    Sanità penitenziaria.....	39
2.5    Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).....	40
2.6    Salute mentale.....	40
3    INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA.....	40
3.1    Integrazione sociosanitaria.....	40
3.2    Non autosufficienza.....	41
3.3    Anziani.....	42
3.4    Disabilità.....	42
3.5    Minori.....	43
3.6    Salute mentale.....	43
3.7    Dipendenze.....	43
3.8    Area Welfare.....	44
3.9    Consultori familiari - attività sociosanitaria.....	45
3.10    Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e serviziocivile.....	45
4    ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	46
4.1    Indicatori di attività.....	46
4.2    Trapianti e donazioni.....	46
4.3    Percorso nascita.....	47
4.4    Pediatria.....	47
4.5    Sangue ed emocomponenti.....	47
5    GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E ACCREDITAMENTO.....	47
5.1    Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG.....	47
5.2    Accreditamento.....	47

6	ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA .....	48
6.1	Tetti di spesa farmaceutica .....	48
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva .....	48
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale.....	48
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari.....	49
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita.....	49
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali .....	49
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica .....	49
6.8	Farmacovigilanza.....	50
6.9	Assistenza integrativa.....	50
6.10	Vigilanza sui dispositivi medici.....	50
7	ATTIVITÀ CENTRALIZZATE .....	51
8	SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY .....	51
8.1	Linee PNRR.....	51
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato.....	51
8.3	Piani terapeutici informatizzati.....	51
8.4	Privacy in Sanità.....	51
8.5	Sicurezza informatica.....	52
8.6	PACS.....	52
9	FLUSSI INFORMATIVI.....	52
10	GLI INVESTIMENTI .....	53
10.1	Progettualità PNRR .....	53
10.2	Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID.....	55
11	LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	56
LINEE PROGETTUALI .....		68
12	LE REGOLE GESTIONALI.....	131
12.1	Vincoli gestionali.....	131
RELAZIONE ECONOMICA AL BILANCIO DI PREVISIONE 2023.....		141
ALLEGATO 1.....		146
- PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA 2023 .....		146
ALLEGATO 2 .....		146
- PREVENTIVO INVESTIMENTI 2023 .....		146
ALLEGATO 3.....		146
- PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO 2023-2025.....		146

## PREMESSA

L'anno 2023 sarà in particolar modo caratterizzato dall'applicazione sostanziale del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (d'ora in avanti ASUGI), formalmente adottato il 19 maggio 2022. L'azienda a seguito della riforma del Servizio Sanitario Regione Friuli Venezia Giulia si è costituita nel 2020 dalla fusione delle aziende operanti nei territori coincidenti con le provincie di Trieste e Gorizia, area Giuliana e area Isontina.

La ridefinizione degli ambiti territoriali ed aziendali ha determinato una modifica radicale del sistema sanitario locale sia sul fronte dell'organizzazione che degli aspetti connessi all'erogazione dei servizi ai cittadini.

La situazione di transizione prevede un percorso di integrazione in termini organizzativi che è tuttora in corso di realizzazione e si prevede si concluderà nel 2023.

Il 2023 è anche l'anno che segna ufficialmente la fine dell'emergenza sanitaria che ha visto impegnato tutto il personale dell'azienda per tre anni sul fronte del contenimento del contagio da Covid-19 e delle sue conseguenze sulla salute dei cittadini.

In continuità con negli anni precedenti resta grande l'attenzione nel dare risposta ai bisogni di salute particolarmente dei soggetti più fragili e nel recuperare le prestazioni perse in questi anni di crisi, riportando i volumi di attività a livelli pre-pandemici di offerta e al rispetto delle indicazioni cliniche sui tempi di attesa. A tal fine, in ottemperanza alle indicazioni gestionali ministeriali e regionali ASUGI ha predisposto un piano specifico di recupero dei tempi di attesa e dei volumi delle prestazioni offerte per garantire appieno il diritto alla salute e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Piano Aziendale per il recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale).

Rimane necessario procedere nel consolidamento dell'avviato percorso di potenziamento della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale con l'innovazione dei servizi territoriali e dei sistemi di presa in carico dei cittadini con problemi di salute e dei soggetti vulnerabili.

L'emergenza sanitaria ha accentuato il bisogno di una presa in carico globale e multidimensionale delle persone, in particolar modo quando riconducibili a situazioni di fragilità. In tale prospettiva di azione e di contesto assume importanza strategica il progressivo sviluppo del sistema di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) presentato dal Governo e approvato dall'Unione Europea nell'anno 2021.

Nell'ambito della Missione 6 (Salute) - Componente 1 (Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) del PNRR gli interventi da realizzare a livello nazionale riguardano i seguenti investimenti: case della Comunità e presa in carico della persona; casa come primo luogo di cura e telemedicina (sub investimenti COT, interconnessione Aziendale, Device); rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture. Il decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 di adozione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (DM 77) ha approvato declinandoli, gli standard da applicare all'assistenza territoriale. La Regione Friuli Venezia Giulia ha adottato il Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale (DGR 2042 dd. 29/12/2022, ex art. 1, comma 2, del decreto del Ministero Salute 23 maggio 2022, n. 77 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale).

ASUGI già a maggio dello scorso anno si è dotata di un proprio piano aziendale per la realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale. (Decreto 506/22: "Approvazione del documento recante "Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale", in attuazione della Programmazione Regionale di cui alla DGR 1446/2021 e s.m.i. e alla D.G.R. 321/2022, e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Determinazioni conseguenti.").

Nel corso del 2022 è stato definito anche il piano aziendale di realizzazione delle Centrali Operative Territoriali – COT (Decreto 958/22: "Attuazione del "Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale" approvato con Decreto del Direttore Generale n. 506 del 25.5.2022. Approvazione del "Piano aziendale di realizzazione delle Centrali Operative Territoriali in ASUGI" e determinazioni conseguenti.") e si è dato avvio, in via sperimentale, ad una struttura sanitaria intermedia a responsabilità territoriale qualificata Ospedale di Comunità (Decreto 1095/22:"Approvazione della convenzione per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "ITIS" riguardante l'attivazione, in via sperimentale, di una struttura sanitaria intermedia a responsabilità territoriale da parte di ASUGI qualificata ospedale di comunità ai sensi del DM 23.05.2022, n. 77 come attuato dalla DGR n. 1896 dd. 7.12.2022."). Inoltre, è stato approvato l'Accordo Attuativo Aziendale per l'avvio di un "Servizio Integrativo Sperimentale di Assistenza Primaria" (SISAP), nel nuovo testo sottoscritto in data 30.12.2022, tra l'Azienda e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale, avviato, in via Sperimentale, dal 1 gennaio 2023 (Decreto 1149/22, come successivamente modificato con Decreto 38/23: "Approvazione Accordo Attuativo Aziendale con i Medici del ruolo unico di Assistenza Primaria, ex art. 8 del D.L.vo 502/92, per l'avvio di un Servizio Integrativo Sperimentale di Assistenza Primaria – riesame decreto n. 1149 del 29 dicembre 2022").

Nel corso del 2023 verrà garantita la prosecuzione dell'attività già avviata di innovazioni dei dispositivi organizzativi aziendali nella direzione di attuare il nuovo modello territoriale, nel perimetro di quanto previsto dall'Atto Aziendale e del ruolo affidato ai Distretti e alle altre strutture complessivamente afferenti al DAT (Dipartimento di Assistenza Territoriale), in relazione alle previsioni di cui al PNRR e al DM 77.

La realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità presuppone una mappatura delle sedi e delle attività oggi in essere, una valutazione del fabbisogno necessario a garantire a regime il complesso di attività, le riorganizzazioni conseguenti. Quanto al ruolo che il DM 77 affida ai Distretti, le attività di profilazione e stratificazione per complessità e per rischio delle popolazioni di riferimento vanno strettamente correlate alle attività di presa in carico e di valutazione del bisogno del singolo, in stretta relazione con le funzioni delle Centrali Operative Territoriali, nonché con quelle erogative proprie delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità. Il rafforzamento della rete di cure palliative si prefigge di aumentare significativamente le persone prese in cura in maniera precoce, tra quelle rispondenti ai criteri di eleggibilità alle cure palliative, concorrendo in tal senso a una riduzione dell'ospedalizzazione e del re-ricovero di questa platea di pazienti.

Analogamente, e nei tempi scanditi da milestones e target del PNRR, vanno implementati gli investimenti di cui alla Componente 2 della Missione 6, tecnologici e formativi, onde consentire una sempre miglior integrazione ospedale-territorio.

Proprio a questo riguardo, è importante proseguire con l'applicazione delle Reti di cura, e segnatamente della Rete oncologica regionale, con il passaggio alla fase operativa, oltre che dei Piani di rete, dei vari PDTA già indicati come di maggior rilievo per il bisogno di salute espresso dal territorio. Sulla stessa lunghezza d'onda, occorre evidenziare l'importanza degli screening di primo e di secondo livello, e del rispetto dei corretti tempi di attesa tra invito, test diagnostico e visita specialistica e/o chirurgica.

Inoltre, considerato il termine di piena attività delle nuove disposizioni normative regionali al 1 gennaio 2024, previsto dalla LR 16/22, quale l'attribuzione di funzioni in capo ai Servizi Sociali dei Comuni all'Azienda Sanitaria in tema di disabilità, si rende necessaria una ricognizione e mappatura delle funzioni, delle attività e delle responsabilità in essere (oggi in parte in capo agli Ambiti Sociali o a formule consortili) e della progressiva attuazione del nuovo modello organizzativo previsto dall'Atto Aziendale sui temi delle diverse disabilità (motorie, neurosensoriali, cognitive intellettive), con particolare riguardo all'area minori e transizione all'età adulta. Un segmento specifico di attenzione riguarda l'area disabilità cognitive intellettive dell'adulto e

dell'anziano riconducibile ai disturbi della memoria e alle sindromi dementigene, anche con una riorganizzazione delle attività dei Centri distrettuali delle Demenze (CDD), oggi frammentati in area giuliana e da sviluppare in ambito territoriale in area isontina in quanto garantiti da funzioni ospedaliere.

Rimane punto strategico in questo contesto rinforzare i percorsi di continuità delle cure, in particolare di continuità assistenziale ospedale-territorio nella dimissione protetta post ricovero. Ma occorre anche garantire servizi territoriali che prevengano il ricorso improprio agli ospedali, eccessivo ai Pronto soccorsi, accessi evitabili così come molti ricoveri. Concorre a questa linea la progressiva realizzazione delle COT, quale strumento di regia della transizione tra setting di cura e di assistenza, a cui dare quanto prima avvio affinché le persone possano essere destinate a setting diversi da quello del ricovero per acuti e più appropriati, prevedendo la presa in carico precoce particolarmente dei soggetti fragili e garantendo più efficienza nella transizione tra i setting di cura.

Con riferimento alle liste di attesa, occorre proseguire con il contenimento dei tempi attraverso un miglioramento continuo delle attività e un più razionale utilizzo delle risorse, anche in assenza dei fondi nazionali derivanti dalla ora contenuta emergenza da Covid-19.

Per il 2023 ASUGI vede come priorità strategiche la rimodulazione dell'offerta ambulatoriale in applicazione dei documenti di programmazione nazionali e regionali inerenti i tempi di attesa e subordinatamente all'applicazione delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva al fine di un miglioramento complessivo dei tempi per le prestazioni monitorate e rispetto degli standard previsti. Conseguentemente ASUGI si impegna a garantire maggiore efficienza nella gestione delle sale operatorie e delle risorse ad esse assegnate e in termini di tempistiche di intervento, di programmazione e distribuzione delle sedute operatorie sulla base delle liste di attesa per classe di priorità e per diagnosi, in conformità ai documenti di programmazione nazionali e regionali inerenti i tempi di attesa (Piano Nazionale Gestione Tempi Attesa).

Alla luce del quadro epidemiologico complessivo dopo tre anni di Covid il tema del recupero dei volumi di prestazioni rimane argomento prioritario. In tal senso ASUGI si impegna a recuperare i volumi di offerta non solo per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali o di ricovero chirurgico oncologico, bensì anche in un'ottica di prevenzione, sia per quanto riguarda gli screening regionali, sia per quanto riguarda le vaccinazioni, in particolare per categorie a rischio e soggetti fragili.

Seguono alcuni cenni sull'organizzazione aziendale.

L'anno 2020 ha visto l'applicazione della legge regionale di riforma n. 27/2018 e n. 22/2019 e, di conseguenza, per quanto qui rileva, la nascita dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), costituita dalla fusione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste con la parte isontina dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 bassa friulana – isontina.

L'ambito di competenza di ASUGI insiste su un territorio di confine, la cooperazione sanitaria transfrontaliera - ed in particolare con la Slovenia - rappresenta uno degli indirizzi strategici della programmazione aziendale, per favorire l'integrazione tra i relativi sistemi sanitari. A tal fine l'Azienda partecipa alle iniziative promosse dalla Regione in materia e favorisce ogni altra attività atta a sviluppare progetti di collaborazione transfrontaliera.

ASUGI integra in un'unica Azienda i Servizi Territoriali, l'Ospedale e l'Università (Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute). Eroga e sviluppa, integrandole, prevenzione, diagnosi e terapia polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale e sovranazionale. L'Azienda svolge in modo unitario e inscindibile, a livello di cure primarie ed ospedaliere, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca. Organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente sia attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione del Servizio Sanitario Regionale.

L'ASUGI partecipa, nell'ambito di un sistema regionale unitario e integrato di servizi sociali, sociosanitari e sanitari, alla realizzazione di un sistema salute universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella Regione.

La strategia dell'ASUGI, nel contesto di riferimento in cui opera, sostanzialmente è orientata a:

- qualificare il governo della domanda attraverso lo sviluppo della capacità di analisi dei bisogni di salute della popolazione al fine di garantire un'offerta dei servizi preventivi, clinico-assistenziali e riabilitativi qualificata, appropriata, personalizzata e volta alla creazione di valore aggiunto per il paziente/cittadino;
- consolidare e potenziare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale sviluppando e qualificando ulteriormente l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale e la presa in carico globale e personalizzata, favorendo un'organizzazione a rete, flessibile e aderente ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi rivolta ai singoli, alle famiglie e alla comunità;
- ampliare le reti di assistenza aziendali, interaziendali ed interistituzionali, per migliorare qualitativamente la continuità assistenziale al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio;
- potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere all'evoluzione dei bisogni degli individui e della collettività, consolidando e potenziando la rete delle cure primarie, la sanità d'iniziativa, le cure domiciliari, le cure intermedie e l'appropriatezza delle attività specialistica e di ricovero favorendo la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi e a soluzioni organizzative integrate;
- potenziare e specializzare l'offerta ospedaliera sviluppando ulteriormente il modello HUB e SPOKE aumentando e migliorando la capacità di risposta a bisogni che esprimono livelli di complessità sempre maggiori;
- porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca sia in ambito territoriale che ospedaliero promuovendo il sistema delle alleanze interistituzionali a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo.
- sostenere le scelte strategiche valorizzando fortemente le proprie risorse umane, lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti appartenenti a tutte le famiglie professionali.

I rapporti con l'Università degli Studi di Trieste sono disciplinati dal vigente Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e gli Atenei Regionali per lo svolgimento delle attività assistenziali da parte di professionisti dell'Università e dai relativi specifici accordi, nel rispetto della normativa vigente. In particolare, secondo quanto previsto dal citato Protocollo, l'Azienda svolge la sua attività in maniera integrata con il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste per garantire le attività di assistenza, di didattica e di ricerca contribuendo così al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università e dell'Azienda. L'Azienda persegue inoltre politiche di collaborazione con le Università degli Studi del Friuli Venezia Giulia, Italiane e Internazionali in ambito sanitario; tali collaborazioni sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali e di ricerca anche di interesse gestionale e di alta formazione.

ASUGI sviluppa la propria offerta di salute nell'ambito di due settori. Il settore Polo Ospedaliero e il settore Rete Territoriale. La programmazione e il coordinamento delle attività di ciascun settore aziendale è assicurata dalla Direzione Strategica. Il settore polo ospedaliero è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie in emergenza/urgenza e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità.

Il Polo Ospedaliero si articola in Presidi Ospedalieri e Dipartimenti organizzati per specializzazioni e livelli di intensità di cura. La co-esistenza in ASUGI del

Ospedaliero di II livello "Cattinara – Maggiore", Ospedale di Cattinara e Ospedale Maggiore a Trieste e del Presidio Ospedaliero di Base "Gorizia – Monfalcone", Ospedale "S. Polo" a Monfalcone e Ospedale "S. Giovanni di Dio" a Gorizia, è funzionale alla piena realizzazione del modello "hub & spoke" mediante la specializzazione per livelli di complessità. L'offerta ospedaliera, mantenendo un contesto unitario, si specializza nei diversi Ospedali al fine di garantire una buona efficienza produttiva in tutti i contesti aziendali attraverso un'allocazione flessibile delle risorse produttive (sale operatorie, posti letto, ambulatori, risorse umane, tecnologie) e consentire un pieno utilizzo di tutti i fattori produttivi.

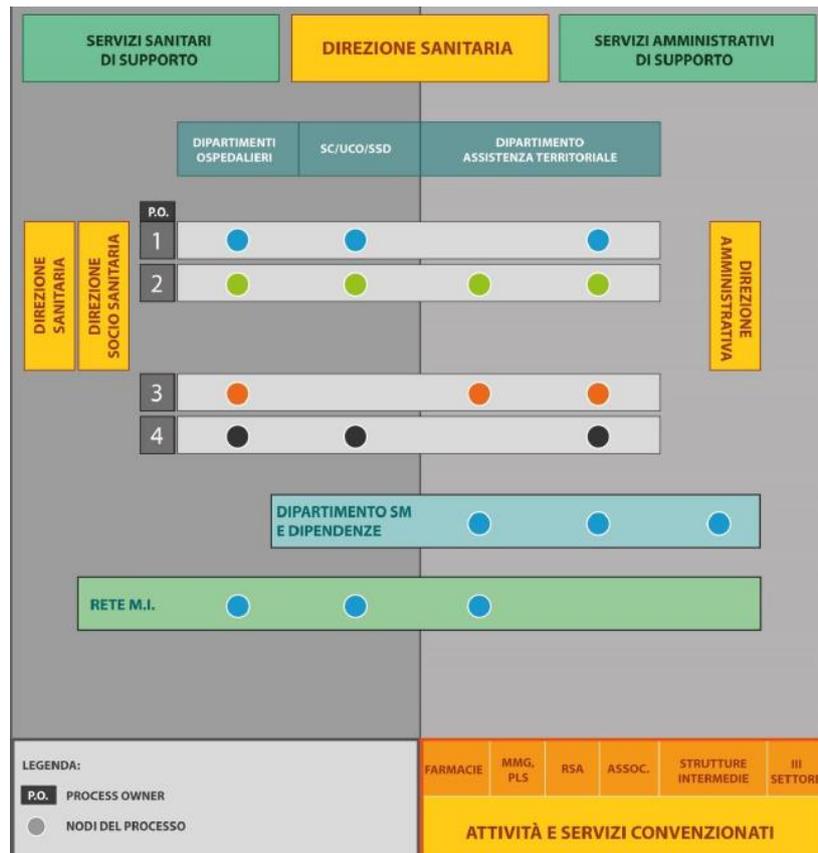
La Rete Territoriale eroga prestazioni distrettuali di diagnosi, cura e riabilitazione, di prevenzione sanitaria, specialistiche oltre alle cure intermedie, salute mentale e dipendenze ed è articolata, pertanto, al fine di poter garantire una propria offerta e una tempestiva risposta alternativa e/o complementare all'ospedale per prestazioni di intensità e complessità clinico-assistenziale proprie del setting territoriale. Le due dimensioni aziendali e i relativi assetti organizzativi sono funzionali all'esigenza di condividere le risorse produttive superandone la frammentazione e divisione fra "ospedale – territorio", "sanitario – sociosanitario".

Più nello specifico, ASUGI, soddisfa in modo efficace con servizi di qualità la domanda di pazienti cronici (in relazione al mutamento demografico, sociale e culturale della popolazione di riferimento, all'evoluzione della malattia, complicanze e comorbidità) e dei c.d. "frequent user", ossia pazienti che si rivolgono ripetutamente al SSR. Ciò è possibile esclusivamente attraverso un percorso di mutamento culturale – organizzativo degli operatori del sistema, che consenta loro di sviluppare la capacità di agire all'interno di "processi organizzativi" e non solo per ambiti specialistici e/o discipline. Pertanto l'articolazione di ASUGI nei settori ospedaliero e territoriale, non esprime la separazione tra momenti erogativi diversi, ma la risposta ai bisogni del paziente all'interno di un ambiente unitario di erogazione, secondo una visione organizzativa che segua la logica del processo orizzontale che si sviluppa in tutta o parte della rete dei servizi.

L'organizzazione per dipartimenti gestionali ("verticali"), nel rispetto del D. Lgs. 502/92 è il modello organizzativo base per l'erogazione delle prestazioni, sanitarie e non sanitarie, articolati in Unità Cliniche Operative (U.C.O.), Strutture Complesse (S.C.), Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.) e Strutture Semplici (S.S.) costituendo, quindi l'area di produzione e di Staff che rispondono alla Direzione Strategica. L'articolazione organizzativa deve essere letta e sviluppata secondo una visione per "processi" ("orizzontali") che si sovrappone all'organizzazione di base che viceversa poggia su discipline, branche specialistiche, competenze e attività.

Il nuovo modello consente di mettere in rete tutti i servizi espressi nelle aree di produzione fornendo una risposta completa in un quadro che al paziente dovrà risultare unitario (logica di "rete"). In questo contesto prevale il criterio della presa in carico del paziente, coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale (filiera erogativa "ospedale e territorio"), garantendolo lungo l'intero percorso diagnostico – terapeutico e assistenziale.

L'articolazione organizzativa a matrice di ASUGI è rappresentata nello schema riportato di seguito.



L'organizzazione dipartimentale verticale costituisce l'"ossatura" di ASUGI che si muove per "processi" e pertanto viene reingegnerizzata in funzione dei principi sopra espressi con riferimento sia ai processi primari di erogazione che ai processi di supporto sanitari (diagnostica, servizio farmaceutico, risk management, ecc.) e non sanitari (sistemi informativi, acquisti, gestione risorse umane, logistica, ecc.).

ASUGI promuove il governo dei processi orizzontali che risponderanno alla Direzione Sanitaria qualora caratterizzati da una prevalente componente clinica (ad esempio reti di patologia, reti tempo dipendenti ecc.) ovvero alla Direzione Socio-Sanitaria quando fortemente collegati all'integrazione fra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario.

L'assetto organizzativo di ASUGI è rappresentato all'interno del quadro verde, diviso in polo ospedaliero (area sinistra) e rete territoriale (area a destra).

Le aree di produzione sanitaria e socio-sanitaria sono sviluppate nella parte alta e rappresentano i "nodi" aziendali di erogazione (strutture complesse e servizi). In ambito ospedaliero le attività cliniche possono essere organizzate verticalmente per specialità medica oppure per intensità di cure.

Nella parte a destra sono rappresentati i "nodi" di erogazione delle unità di offerta territoriale lato sensu comprensiva, quindi, anche degli "enti" che non sono strutture organizzative di ASUGI (Farmacie, RSA convenzionate, Residenze per Anziani, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato, pazienti/familiari, ecc.).

I processi "orizzontali" di cura e assistenza, funzionali alla presa in carico delle diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico – assistenziali specifici possono intercettare diversi punti di erogazione.

I nodi della rete, siano essi strutture di ASUGI o no, sono intercettati dal processo di cura. Responsabile del processo di reingegnerizzazione è la Direzione Strategica. La strategia aziendale di aggregazione di processi deve avere una visione di lungo periodo e potrà variare in funzione degli obiettivi strategici (regionali, aziendali), da fattori di contesto ambientale (densità popolazione, struttura dell'offerta territoriale, bacino di utenza, ecc.) e da fattori di contesto aziendali (risorse strutturali, umane, tecnologiche, finanziarie, clinico aziendali, ecc.).

L'Azienda adotta un modello organizzativo a matrice, che prevede strutture dipartimentali che

aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali, che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L'organizzazione dell'Azienda prevede l'articolazione in:

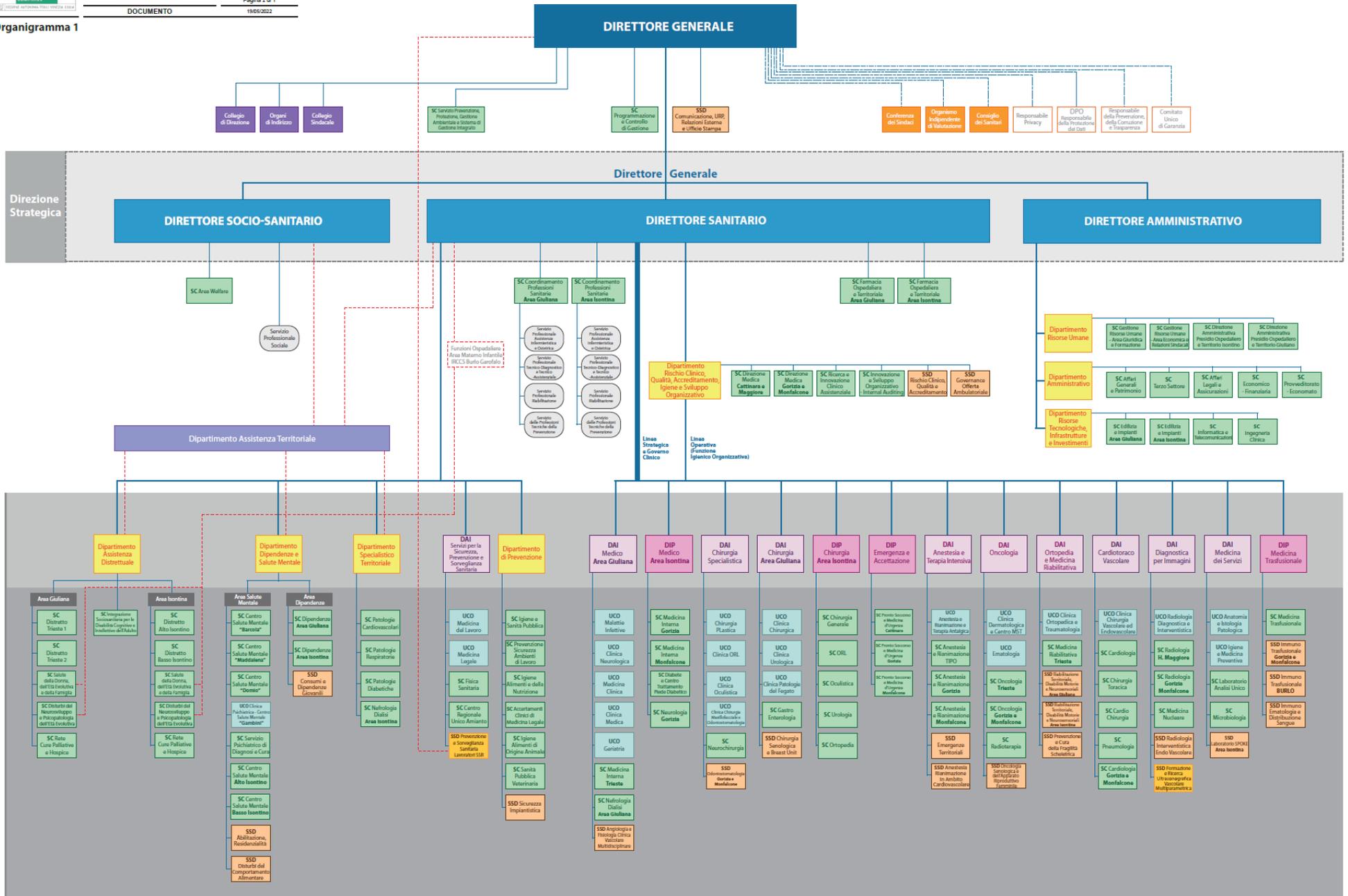
- Dipartimenti (Assistenziali e ad Attività Integrata D.A.I.)
- Strutture Complesse (S.C. e U.C.O.)
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Aree Assistenziali o Tecnico Assistenziali delle Professioni Sanitarie
- Dipartimenti interaziendali
- Responsabile di processo

Il processo è una articolazione organizzativa trasversale che assicura una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione delle attività nel relativo ambito di applicazione.

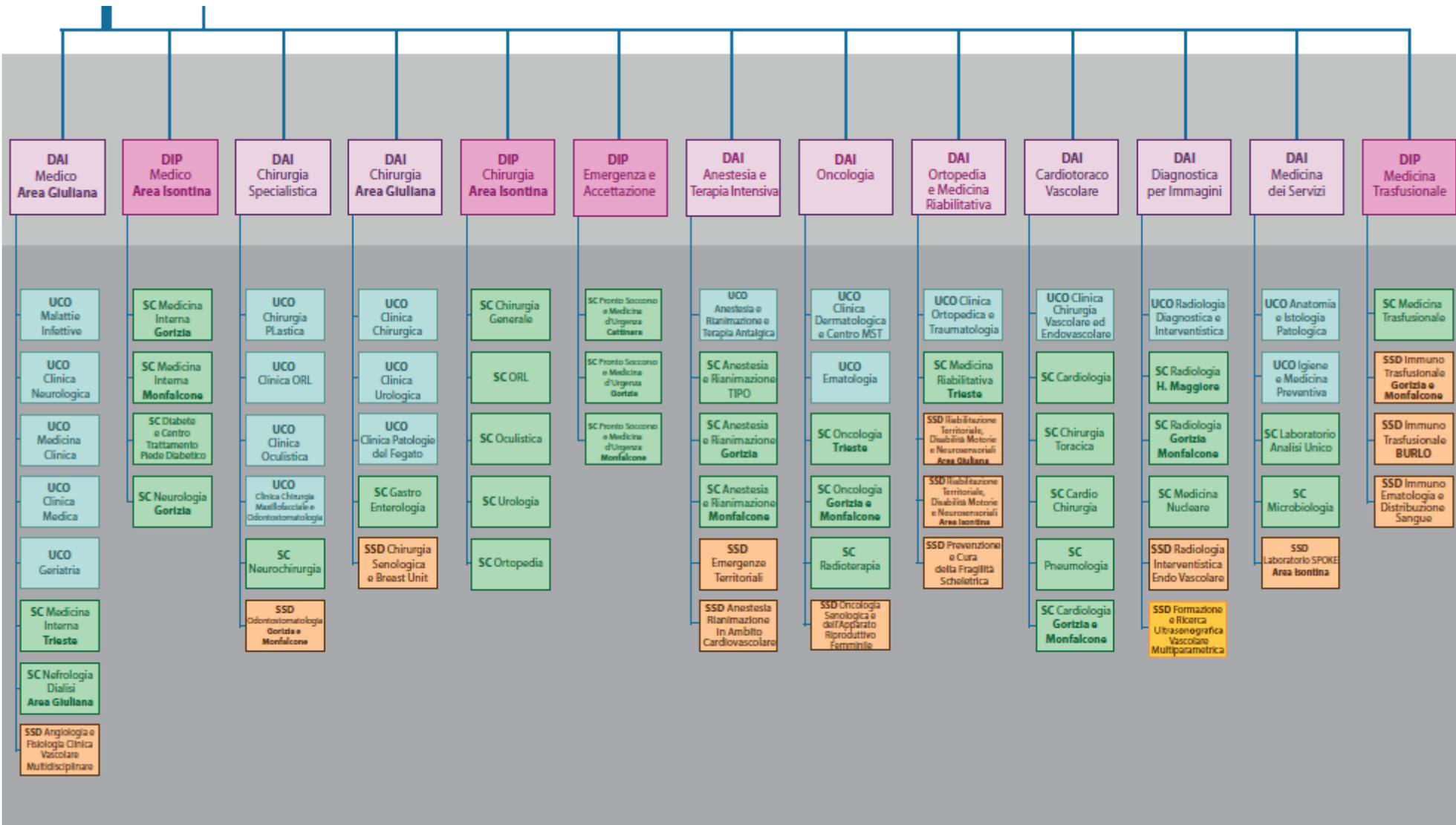
## **ORGANIGRAMMA ATTO AZIENDALE 2022**

Viene rappresentato di seguito l'organigramma rappresentativo quindi della situazione a tendere.

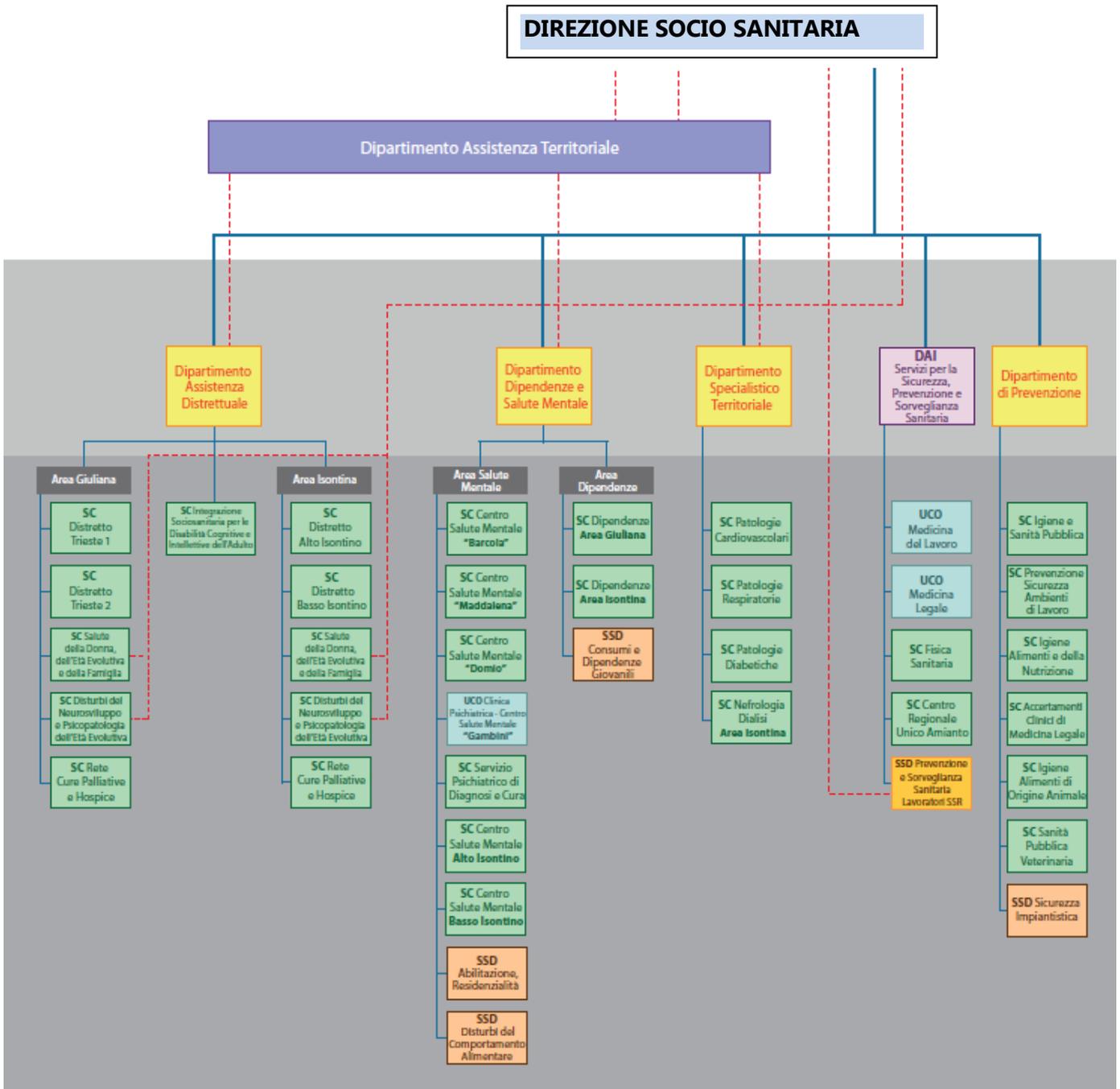
**Organigramma 1**



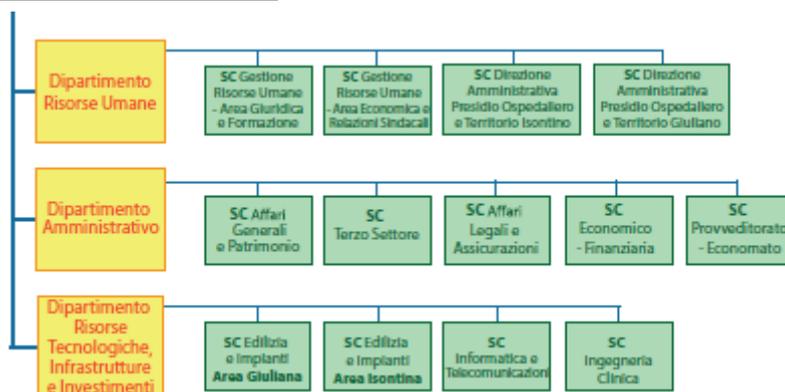
# DIREZIONE SANITARIA



## DIREZIONE SOCIO SANITARIA



## DIREZIONE AMMINISTRATIVA



Lo scenario strategico delineato in premessa definisce con chiarezza la stretta interdipendenza tra l'attuazione delle funzioni previste dall'Atto Aziendale e l'implementazione della riforma dell'assistenza territoriale, prevista dal DM77, anche mediante gli investimenti del PNRR. Impatto riorganizzativo significativo riguarda l'area territoriale di ASUGI, in particolare in area giuliana nel governo della transizione dalle preesistenti quattro strutture operative verticali distrettuali verso l'attivazione dei due Distretti previsti dall'Atto Aziendale di ASUGI. Questi, pur nel loro riferimento territoriale definito all'art. 42 dell'Atto Aziendale, dovranno operare in stretta sinergia funzionale garantita in seno all'Area Dipartimentale Territoriale quale sottoinsieme del Dipartimento di Assistenza Distrettuale.

Il Dipartimento di Assistenza Distrettuale assicura complessivamente, attraverso le sue articolazioni ed in integrazione funzionale con gli altri Dipartimenti afferenti al DAT, le seguenti aree dei Livelli Essenziali di Assistenza riferiti all'assistenza distrettuale:

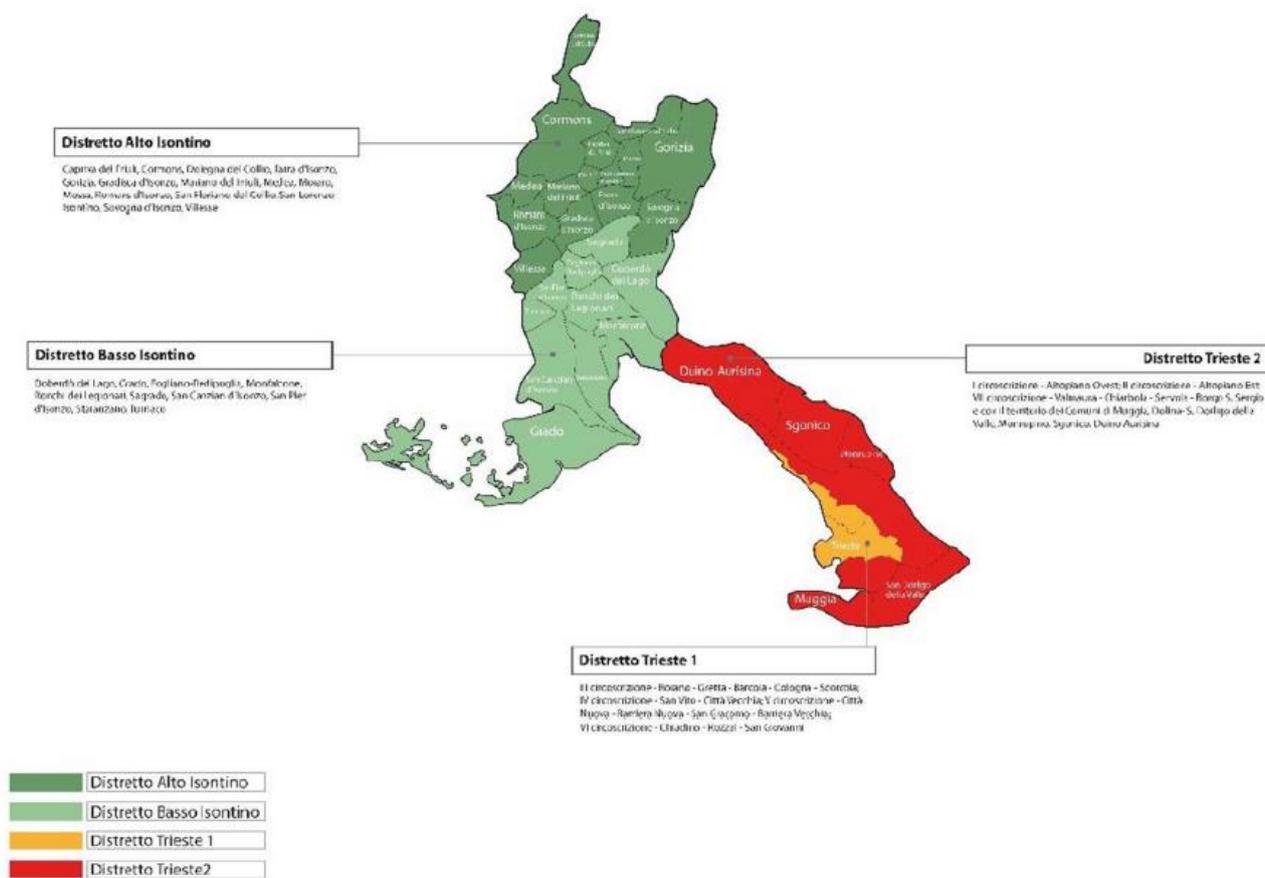
- a. assistenza sanitaria di base;
- b. assistenza farmaceutica (in integrazione con le funzioni garantite dalle SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale di Area Isontina e di Area Giuliana);
- c. assistenza integrativa;
- d. assistenza specialistica ambulatoriale (in integrazione con le funzioni garantite dal Dipartimento Specialistico Territoriale);
- e. assistenza protesica (per le funzioni autorizzativa, di verifica e controllo, di competenza distrettuale; in integrazione con le funzioni delle SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali di Area giuliana e di Area isontina, afferenti al DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa, e con gli altri prescrittori);
- f. assistenza termale (per le funzioni autorizzativa, di verifica e controllo);
- g. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- h. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Il mandato principale del DAD è quindi quello di "garantire su tutto il territorio di riferimento aziendale, attraverso l'insieme di Strutture e di funzioni ad esso afferenti ed in integrazione funzionale all'interno del Dipartimento di Assistenza Territoriale, i Livelli Essenziali di Assistenza riferiti all'assistenza distrettuale", assicurando "l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e sociosanitaria promuovendo l'integrazione attraverso la definizione di percorsi assistenziali e di cura nei setting domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali".

Il Distretto, quindi, in concorso all'interno del DAD e delle Aree dipartimentali territoriali di cui il DAD si compone, diventa responsabile di:

- concorso all'analisi e misurazione dei bisogni, anche sulla base della stratificazione per rischio, al fine di identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale;
- concorso alla definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali integrati per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili;
- gestione della cronicità, attraverso lo sviluppo di competenze cliniche ed organizzative, in concorso con le altre strutture erogative per quanto di loro competenza;
- documento approvato dalla Cabina di Regia il 31 marzo 2023
- facilitazione dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Segue in figura la descrizione della mappa dei nuovi distretti di SUGI.



**da Atto Aziendale, art. 42: ARTICOLAZIONE DEL TERRITORIO DI ASUGI IN DISTRETTI**

[...] gli ambiti territoriali dell'ASUGI sono articolati in Distretti come di seguito specificato:

- a) Distretto "Trieste 1" coincidente con il territorio delle seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:  
 III circoscrizione - Roiano - Gretta - Barcola - Cologna - Scorcola;  
 IV circoscrizione - San Vito - Città Vecchia;  
 V circoscrizione - Città Nuova - Barriera Nuova - San Giacomo - Barriera Vecchia;  
 VI circoscrizione - Chiadino - Rozzol - San Giovanni  
 (146.751 abitanti);
- b) Distretto "Trieste 2" coincidente con il territorio delle seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste:  
 I circoscrizione - Altopiano Ovest;  
 II circoscrizione - Altopiano Est;  
 VII circoscrizione - Valmaura - Chiarbola - Servola - Borgo S. Sergio)  
 e con il territorio dei Comuni di Muggia, Dolina-S. Dorligo della Valle, Monrupino, Sgonico, Duino Aurisina (83.864 abitanti);
- c) Distretto "Alto Isonzino" coincidente con i territori dei Comuni di:  
 Capriva del Friuli, Cormons, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Mariano del Friuli, Medea, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, San Floriano del Collio, San Lorenzo Isontino, Savogna d'Isonzo, Villesse  
 (64.395 abitanti);
- d) Distretto "Basso Isonzino" coincidente con i territori dei Comuni di:  
 Doberdò del Lago, Grado, Fogliano-Redipuglia, Monfalcone, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Staranzano, Turriaco  
 (72.414 abitanti).

## OBIETTIVI STRATEGICI O A GESTIONE PRIORITARIA

Nel presente documento vengono forniti gli indirizzi per la programmazione aziendale, ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019, stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie e i programmi specifici a livello aziendale.

In attuazione degli indirizzi di programmazione si evidenziano le seguenti linee di azione a carattere prioritario con correlati obiettivi e indicatori di risultato.

### A. PNRR MISSIONE 6 - COMPONENT 1: INVESTIMENTI E ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

#### A.1 Realizzazione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità

Il documento "Piano operativo regionale" relativo agli investimenti di cui alla Missione 6 del PNRR in Friuli Venezia Giulia, allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo sottoscritto dal Presidente della Regione e dal Ministero della Salute nell'anno 2022, definisce i seguenti target e termini di esecuzione per ciascuno degli investimenti relativi alle realizzazioni di seguito esposte.

##### A.1.1 Realizzazione delle Case di Comunità (Investimento 1.1)

Il target per la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia prevede la realizzazione di 7 Case della Comunità, di cui 5 hub e 2 spoke, secondo quanto indicato dalla seguente tabella:

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare		Numero Case della Comunità da ristrutturare		Totale
	HUB	SPOKE	HUB	SPOKE	
ASUGI	2		3	2	7
Totale FVG	8	1	11	3	23

La realizzazione delle predette Case della Comunità dovrà avvenire nei seguenti termini, corrispondenti a milestones e target del PNRR, nazionali ed europei:

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	ITA
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	ITA
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Case di Comunità	T3 2023	ITA
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	UE

Affinché le Case della Comunità siano pienamente operative occorre, entro la fine del 2025, implementare appieno il modello organizzativo prefigurato nel DM 77 e nel conseguente atto di programmazione territoriale regionale. La situazione a tendere è rappresentata nella seguente tabella:

ASUGI	Cormons	Spoke
	Duino Aurisina	Spoke
	Gorizia	Hub
	Gradisca d'Isonzo	Spoke
	Grado distretto	Spoke
	Monfalcone	Hub
	Muggia	Hub
	Trieste via Sai	Hub
	Trieste, via del Carpineto	Hub
	Trieste via Pietà	Hub
	Trieste via Stock	Spoke

### A.1.2 Realizzazione delle Centrali Operative territoriali (Sub-investimento 1.2.2)

Il target per ASUGI prevede la realizzazione di 4 Centrali Operative Territoriali, uno per ogni distretto, 2 per l'area giuliana e 2 per l'area isontina.

La realizzazione delle COT deve seguire i seguenti termini di esecuzione:

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	ITA
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	ITA
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	UE
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	ITA

### A.1.3 Realizzazione degli Ospedali di Comunità (Investimento 1.3)

Il target che la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia ha previsto per ASUGI consiste nella realizzazione di 7 Ospedali di Comunità, nei seguenti termini di esecuzione:

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	ITA
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	ITA
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	ITA
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	UE

## A.2 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale

Con deliberazione n. 2042 del 29 dicembre 2022 la Giunta regionale ha approvato il Programma regionale dell'assistenza territoriale per l'attuazione del modello di sviluppo dell'assistenza e prevenzione delineato dal DM 77. Dopo la definizione del modello organizzativo regionale di sviluppo dell'assistenza si rende ora necessario avviarne la concreta e progressiva attuazione in sede di programmazione regionale annuale.

### A.2.1 Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	ASUGI partecipa alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con il loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;
b) Avvio dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	Entro il 31 dicembre 2023 ASUGI adotta in ambito aziendale il modello organizzativo e gestionale adottato dal sistema regionale e attivano l'erogazione dei servizi previsti, tra cui quelli obbligatori stabiliti dalla d.g.r. n. 2042/2022 edal DM 77, in almeno una Casa della Comunità

### A.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT): elaborazione e definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale delle Centrali Operative Territoriali (COT).	ASUGI partecipa alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con il loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;

### A.2.3 Ospedali di Comunità (Investimento 1.3)

L'Intesa in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità raggiunta il 20 febbraio 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 17/CSR) ha previsto che gli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità dovranno essere definiti con successiva intesa su proposta della Commissione permanente tariffe (artt. 5, c. 17, e 9 del Patto per la Salute 2014- 2016).

### A.2.4 Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")

La garanzia dell'assistenza domiciliare quale insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita è garantita dal sistema sanitario pubblico a tutte le persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o loro esiti (così il d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - al suo articolo 22). Significativamente l'investimento 1.2 della Missione 6 – Component 1 del PNRR s'intitola "Casa come primo luogo di cura" e prevede come obiettivo del

Sub-investimento 1.2.1. il raggiungimento di una quota minima del dieci per cento della popolazione over 65 presa in carico con prestazioni di assistenza domiciliare entro la metà 2026, con obiettivi intermedi annuali di progressiva crescita delle quote di presa in carico della popolazione target.

Il raggiungimento dell'obiettivo regionale di crescita della presa in carico con assistenza domiciliare della popolazione over 65 è valutato periodicamente da AGENAS utilizzando i dati del flusso informativo SIAD, la cui corretta e completa alimentazione è di diretta responsabilità delle aziende e dei loro direttori generali anche ai fini degli obblighi di garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Per il potenziamento, sviluppo e governo operativo dell'assistenza domiciliare si individuano sin da ora le prime azioni da avviarsi nell'anno 2023.

<b>Descrizione obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p>Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) rispetto all'attività di assistenza domiciliare rappresentata o da rappresentarsi funzionalmente all'adempimento del debito informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l'annualità 2022 e 2023.</p>	<p>ASUGI effettua la verifica di dati e informazioni presenti a sistema SIAD sull'attività di assistenza domiciliare già erogata nell'anno precedente e in quello corrente, procedendo, ove necessario o opportuno, alle modifiche, integrazioni e rettifiche dei dati e delle informazioni da inserire a sistema a adempimento del debito informativo. Relativamente all'annualità 2022 le attività di verifica e correzione devono essere effettuate entro il termine fissato dalle disposizioni vigenti per il consolidamento dei dati forniti nel flusso ministeriale.</p>
<p>Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per la presa in carico con programmazione di prestazioni di assistenza domiciliare e loro gestione informativa, primariamente all'interno della cartella territoriale, con definizione di una proposta tecnico- specialistica di loro revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività</p>	<p>ASUGI partecipa alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con il Direttore Sociosanitario o suo delegato, qualificato per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;</p>
<p>Aumento del volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare a popolazione Over 65 anni con rispetto dei target di incremento dell'attività fissati dal cronoprogramma di attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR per il raggiungimento del target comunitario M6C1-6 riferito al sub-investimento M6C1</p> <p>1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" (aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il T2-2026).</p>	<p>ASUGI incrementa il numero degli ultra65enni in carico all'assistenza domiciliare con PAI o PRI sul totale della popolazione ultra 65enne in misura almeno pari a quanto previsto dagli atti nazionali per l'attuazione del PNRR, nel rispetto del relativo cronoprogramma nazionale di attuazione.</p>

#### A.2.5 Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC): elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo all'interno dell'assistenza territoriale

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo delle Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC) all'interno dell'assistenza territoriale con determinazione dei fabbisogni aziendali.	Entro il 15 settembre 2023 ASUGI fa pervenire ad ARCS e alla DCSPSD un documento formale di:  1. definizione di un piano attuativo e di implementazione della figura delle IFOC con definizione dei fabbisogni formativi e delle modalità organizzative nell'utilizzo della figura professionale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità);  2. quantificazione del fabbisogno di risorse (in termini orari e di unità FTE) per setting assistenziale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità).

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

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 9 luglio 2020 – rep. n. n. 100 /CSR - è stato approvato il documento "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato". Tale documento costituisce il risultato dell'attività svolta con il progetto di ricerca denominato "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure" avviato nel 2019 dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute con la collaborazione delle Regioni. L'attività è stata svolta avendo come riferimento i principi del processo di Miglioramento Continuo della Qualità, l'approccio Lean e Toyota Production System (TPS) e la Medicina del Valore.

Il progetto ha messo in evidenza la necessità di metodi e modelli organizzativi condivisi a livello nazionale per far fronte ad una gestione e ad un governo del processo chirurgico con un riequilibrio dei Tempi di Attesa per i pazienti in Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche. L'intento è quello di rendere sostenibile questo obiettivo in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), mantenendo inalterata la sicurezza per i pazienti ed operatori e garantendo l'equità d'accesso alle prestazioni.

Per tale finalità e valutando positivamente i risultati conseguiti e l'adesione delle Aziende sanitarie già coinvolte nel progetto di ricerca "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure", il Ministero della Salute ha avviato negli ultimi mesi dell'anno 2022 un secondo progetto di ricerca, fondato sui principi e sui risultati del precedente progetto, al fine di diffondere a livello nazionale una metodologia uniforme per il governo integrato delle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche programmate, rendendo omogeneo l'approccio metodologico al miglioramento del percorso del paziente chirurgico programmato, come previsto all'interno delle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" approvate con il citato Accordo Stato Regioni n. 100 del 2020.

L'attività di ricerca avviata con il nuovo progetto, denominato *Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati*, si propone di studiare e applicare le citate "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" in tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di sviluppare una metodologia condivisa per il governo delle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche programmate, in linea con quanto previsto dal PNGLA per garantire equità di accesso a tutti i cittadini e contestualmente di favorire un utilizzo efficiente delle risorse impiegate dal Servizio Sanitario Nazionale sul percorso chirurgico peri-operatorio per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. L'attività intrapresa, attraverso l'applicazione delle Linee di Indirizzo a livello nazionale, è finalizzata a sviluppare modelli condivisi di monitoraggio e simulazione dell'utilizzo delle risorse assegnate al percorso peri-operatorio del paziente chirurgico programmato, dal momento dell'inserimento del paziente in Lista di Attesa fino al termine del suo percorso all'interno delle strutture sanitarie. Gli obiettivi specifici dell'attività sono sintetizzabili nei seguenti:

- ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecnologiche, strumentali e logistiche al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica;
- armonizzare gli standard operativi atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema;
- applicare specifiche strategie operative per il Governo delle Liste di Attesa nei diversi territori.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha aderito al nuovo progetto di ricerca ministeriale *Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati*, indicando quale presidio ospedaliero "pilota" nella regione quello di San Daniele, in continuità con il precedente progetto conclusosi nel 2020.

Nel quadro di governo regionale e degli enti risulta ora necessario e urgente dare concreta attuazione, sia nell'organizzazione dei processi che nello svolgimento delle attività, a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" approvate con l'Accordo Stato-Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020. Allo stesso tempo si deve pure procedere ad avviare attività di miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa. La tempestività di recepimento, sia a livello aziendale che di sistema regionale, delle indicazioni emergenti nel corso dell'attività di ricerca sopra citata per il miglioramento operativo appare preziosa per la gestione delle criticità ora presenti nelle attività, non solo in quelle di assistenza ospedaliera di ricovero, ma anche in quelle ambulatoriali e di screening di secondo livello. Le citate attività di revisione organizzativa e operativa aziendale e regionale si presentano, peraltro, urgenti anche in ragione degli orientamenti operativi e di sviluppo rappresentati in sede ministeriale e da AGENAS in relazione ad una probabile revisione delle modalità operative nel monitoraggio delle liste di attesa e nella pubblicazione e diffusione dei dati relativi alla gestione dei dati delle liste di attesa e della tenuta di dette liste, revisione che richiederà un maggior governo operativo a cui va accompagnato anche un miglioramento dei servizi informativi a supporto.

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	ASUGI svolge le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale, nel rispetto delle tempistiche e modalità indicate da ARCS;

## C. ATTIVITÀ DEGLI ENTI: AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ, MONITORAGGIO E GOVERNO REGIONALE

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in ragione delle proprie funzioni di coordinamento, supporto, indirizzo e monitoraggio rese nei confronti di tutti gli altri enti pubblici del Sistema sanitario regionale delle reti di cura, continua ad assicurare il proprio supporto agli enti nello svolgimento delle attività strategiche, in particolare sotto l'aspetto della facilitazione della collaborazione tra più enti all'interno del S.S.R. La stessa ARCS, esaminate le specifiche criticità esposte dai vari enti per il miglioramento delle attività, continua a proporre agli enti soluzioni operative finalizzate al miglior svolgimento delle attività nell'ambito di una collaborazione interaziendale.

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

- coordinamento, supporto, indirizzo e monitoraggio dell'attività degli enti, e in particolare di quelle svolte dagli stessi in attuazione di obiettivi strategici o a gestione prioritaria;
- produzione di flussi di informazione strutturati per la comunicazione necessaria nei confronti del Consiglio regionale, della Commissione consiliare competente e della Giunta regionale.

L'attività di coordinamento, supporto, indirizzo e monitoraggio è sempre attuata da ARCS per le attività poste in essere in attuazione di obiettivi strategici o a gestione prioritaria nonché degli obiettivi specificatamente indicati ad ARCS dalla DCSPSD; tale attività di ARCS è svolta anche mediante di esame periodico svolto per mezzo di riunioni tenute a cadenza inframensile da ARCS con la partecipazione necessaria degli enti sanitari regionali, rappresentati almeno dai loro Direttori sanitari e l'eventuale partecipazione della DCSPSD. In sede di esame periodico gli enti forniscono, anche con alimentazione del sistema informativo, informazioni sulle attività programmate, loro andamento e attuazione, risultati conseguiti, criticità evidenziate, conseguenti misure correttive programmate, attuazione delle misure correttive e loro esiti.

<b>Descrizione obiettivo</b>	<b>Risultato atteso</b>
Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ASUGI svolge le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale;</li><li>2. ASUGI partecipa attivamente alle riunioni periodiche organizzate da ARCS per il coordinamento, l'indirizzo e il monitoraggio delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, assicurando la presenza alle riunioni dei Direttori Sanitari o Socio-sanitari, secondo competenza;</li></ol>

## D. RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

### D.1 Predisposizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali relativi alle reti attivate

In prosecuzione ed in coerenza con le attività avviate nel corso del 2022, nella gestione delle attività delle Reti cliniche per l'anno 2023 si darà corso al perfezionamento della predisposizione di alcuni Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali di maggior rilevanza relativamente alle reti attivate.

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

#### Rete Trauma

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
PDTA frattura del femore da trauma	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA

#### Rete oncologica

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
PDTA tumore del pancreas	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA
PDTA tumore gastrico	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA

#### Rete neonatologica

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
PDTA "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e servizio trasporto assistito materno (STAM)".	Entro il 30/6/2023, aggiornamento del documento regionale "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e servizio trasporto assistito materno (STAM)". dicui al decreto del Direttore dell'Area servizi assistenza ospedaliera n. 1733/SPS del 19/12/2016

#### Rete Medicina specialistica – Malattie neuromuscolari

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
PDTA Malattie neuromuscolari e sclerosi laterale amiotrofica.	Entro il 31/10/2023, aggiornamento del PDTA (DGR 817/2017).
PDTA per le persone con sclerosi multipla.	Entro il 31/10/2023, aggiornamento del PDTA (DGR 11/2018).

### D.2 Rete Cure palliative e terapia del dolore

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

Anche nel 2023 l'impegno di ASUGI sul versante della terapia del dolore è orientato ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'accesso alla prima visita algologica da un lato tramite la rimodulazione dell'offerta, rendendola più congrua ai bisogni della popolazione, dall'altro attraverso il potenziamento del governo della

domanda e dell'appropriatezza prescrittiva. In considerazione anche dell'esperienza maturata durante le fasi acute dell'epidemia di COVID 2019, va incrementato l'utilizzo delle piattaforme di teleassistenza/telemedicina a disposizione, così come pure va incrementata l'integrazione con la Medicina Generale per l'assistenza agli utenti affetti da dolore cronico.

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

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p><b>Terapia del dolore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempi di attesa</li> <li>- Reperibilità algologica</li> <li>- Appropriatezza prescrittiva</li> <li>- Piattaforme di telemedicina/teleassistenza</li> <li>- Integrazione con la medicina generale</li> </ul>	<p>Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità.</p> <p>ASUGI individua un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o regionale;</li> <li>-Implementazione e messa in utilizzo (almeno in via sperimentale) di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica</li> </ul> <p>Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), dei servizi di telemedicina per almeno il 5% delle prestazioni autorizzate.</p> <p>I Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.</p>
<p><b>Cure palliative</b></p> <p>Standard strutturale di dotazione posti letto</p> <p>Registrazione attività cliniche</p> <p>Attuazione del potenziamento delle cure palliative con raggiungimento dei target qualitativi, quantitativi e strutturali disposti per gli Enti per l'anno 2023 nel Piano di potenziamento delle cure palliative da adottare ai sensi dell'articolo 1, comma 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43, del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del d.m. Salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale).</p>	<p>ASUGI è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati almeno pari al rapporto minimo di dotazione previsto dal DM 77 (8 posti letto ogni 100.000 abitanti).</p> <p>ASUGI adotta modalità di registrazione informatizzata dell'attività definite dal coordinamento regionale entro il 31/12/2023.</p> <p>ASUGI attua quanto disposto dal Piano regionale di potenziamento delle cure palliative adottato nell'anno 2023, nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria).</p>

## E. PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI

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

### Screening Cervice Uterina

Nel corso del 2023 verrà completato il programma di centralizzazione dell'analisi degli esami di screening della cervice uterina presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Trieste. Nel corso dell'anno dovranno essere assicurate presso tutti gli ambulatori la dotazione delle attrezzature informatiche e le configurazioni Cupweb necessarie per l'invio dei campioni presso la sede centrale di Anatomia Patologica di Asugi secondo le corrette modalità di inoltro.

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Esami I livello Screening Cervice uterina	- 100% degli esami sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'anatomia patologica di Trieste
2. Esami II livello Screening Cervice uterina	- Le letture degli esami di II livello sono analizzati presso le attuali sedi di competenza fino a transizione del programma ultimata

In continuità con gli anni precedenti vengono confermate le seguenti progettualità:

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Adesione allo screening della cervice uterina	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 60\%$ donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)
2. Tempi di refertazione PAP test primari	- % Pap test primari refertati entro 21 giorni dalla data dell'ultimo prelievo $> 80\%$
3. Tempi di refertazione PAP test di secondo livello	- % Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia $\geq 85\%$
4. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	- Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dal referto positivo del primo livello in almeno il 90% dei casi.

Parte delle attività aziendali deve essere mirata alla gestione degli inviti:

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Inviti non effettuati nel 2022 Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il recupero degli inviti non effettuati nel 2022 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2022	- Al 30.6.2023 il 100% degli inviti non effettuati nel 2022 è recuperato
2. Gestione degli inviti 2023	- Predisposizione del calendario bimensile delle attività di screening coerente con il calendario annuale delle chiamate da effettuare e sua trasmissione ad ARCS - ARCS predispone report mensile di verifica delle pendenze (donne in attesa di chiamata) e di andamento dell'attività di screening;

## Screening mammella

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

Anche per il 2023 viene assicurato da parte di ARCS il supporto logistico all'appaltatore nei sopralluoghi per la verifica di adeguatezza ambientale delle sedi presso le quali viene erogato il servizio di screening mammografico.

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
Adeguatezza ambientale delle sedi di erogazione del servizio di mammografia	Esecuzione dei sopralluoghi, in sedi a campione o in sedi nelle quali sono state segnalate criticità, al fine di verificare l'adeguatezza ambientale (verbale di sopralluogo).

In continuità con gli anni precedenti vengono confermate le seguenti progettualità:

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening: $\geq 64\%$ donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni).
2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimenti mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati
3. Garantire la formazione di un numero di radiologi congruo al fabbisogno delle singole aziende seguendo il percorso formativo identificato a livello regionale	ASUGI attiva il percorso formativo con le tempistiche e secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021
4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello $\leq 28$ gg da esito positivo della mammografia di primo livello $\geq 90\%$ - Percentuale dei casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$ - Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato $\geq 85\%$

## Screening colon retto

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

In continuità con gli anni precedenti vengono confermate le seguenti progettualità:

Descrizione obiettivo	Risultato atteso
1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 60\%$ popolazione convocata (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).
2. Garantire la corretta e completa compilazione	- % di cartelle endoscopiche compilate correttamente:

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

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

### F.1 Indicatori LEA - CORE

Gli indicatori sottoesposti si riferiscono in larga parte al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che è lo strumento che consente di misurare, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza, che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Tra gli indicatori previsti dal NSG, nell'ambito del comitato LEA è stato individuato un sottogruppo di indicatori definito "Core" che ha sostituito la Griglia Lea a partire dall'anno 2020. Oltre agli indicatori NSG "Core", sono inclusi anche alcuni indicatori appartenenti ai LEA "No Core". Sono stati inoltre inseriti alcuni indicatori provenienti dal sistema di Valutazione Sant'Anna (Bersaglio).

Tali indicatori, con i relativi valori target migliorativi da raggiungere nel corso dell'anno 2023 da parte degli Enti, sono di seguito esposti:

Cod.	Indicatore	Valore regionale 2019	Target 2023
<b>P01C</b>	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,21	>= 95%
	Copertura vaccinale nei bambini a 36 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)		>= 95%
<b>P02C</b>	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	92,49	>= 95%
	Copertura vaccinale nei bambini per la 2° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)		>= 95%
<b>P03C</b>	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	87,59	>= 95%
<b>P04C</b>	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	88,15	>= 95%
<b>P05C</b>	Copertura vaccinale anti-HPV	59,31	>= 95%
<b>P06C</b>	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	60,69	>= 75%
<b>B7.4 (Bersaglio)</b>	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	26,4	>28,0
<b>P10Z</b>	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	66,66	100%
<b>P12Z</b>	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, difarmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100,00	100%
<b>P14C</b>	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	38,60	40,00
<b>P15Ca</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	68,94	>=60%
<b>P15Cb</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	63,84	>= 64%

<b>Cod.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore regionale 2019</b>	<b>Target 2023</b>
<b>P15Cc</b>	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	51,33	>= 60%
<b>D03C</b>	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	305,22	<=305
<b>D04C</b>	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	81,71	<=81
<b>D09Z</b>	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	17	<=17
<b>D14C</b>	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	5648,11	<=5652
<b>D22Z</b>	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	5,43	>=5,0
<b>D22Z</b>	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	2,48	>=2,5
<b>D22Z</b>	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	1,40	>=2,0
<b>D27C</b>	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	6,31	<=6,0
<b>D30Z</b>	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	20,66	>=35%
<b>D33Z</b>	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	69,49	>=65
<b>C9.1 (Bersaglio)</b>	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	30,28 (dato 2021)	< 25
<b>C2A.M (Bersaglio)</b>	Indice di performance degenza media-DRG medici	0,51 (dato 2021)	<0,00
<b>C2A.C (Bersaglio)</b>	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	0,59 (dato 2021)	<0,00
<b>H01Z</b>	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	123,06	120,00
	Prestazioni ambulatoriali per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio)	<=3,4	<=3,4
<b>H02Z</b>	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	76,42 %	>=90 %
<b>H04Z</b>	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	0,22	<=0,15
<b>H05Z</b>	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	76,24	>=80,00
<b>C4.4 (Bersaglio)</b>	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	41,87% (dato 2021)	>= 55%
<b>C13A.2.2.1 (Bersaglio)</b>	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	26,86% (dato 2021)	<25,00%
<b>H13C</b>	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	68,87	>=65%(hub) >=80%(spoke)
<b>C5.2 (Bersaglio)</b>	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni	60,72 (dato 2021)	>=67

<b>Cod.</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore regionale 2019</b>	<b>Target 2023</b>
<b>H17C</b>	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	16,26%	<=15%
<b>H18C</b>	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	16,65%	<=25%
<b>D10Z</b>	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	61,54% (dato Bersaglio 2021)	>= 90%
<b>D11Z</b>	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	65,87 (dato Bersaglio 2021)	>= 90%
<b>C10.4.7 (Bersaglio)</b>	Tumore alla Mammella Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	67,59% (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.8 (Bersaglio)</b>	Tumore alla Prostata Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	32,64% (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.9 (Bersaglio)</b>	Tumore al Colon Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità A per interventi chirurgici	75,32% (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.10 (Bersaglio)</b>	Tumore al Retto Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	55,48% (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.11 (Bersaglio)</b>	Tumore al Polmone Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	67,16% (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.12 (Bersaglio)</b>	Tumore all'utero Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	75,52 (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.7 (Bersaglio)</b>	Melanoma Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	67,59% (dato 2021)	>= 90%
<b>C10.4.14 (Bersaglio)</b>	Tumore maligno alla Tiroide. Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	44,85% (dato 2021)	>= 90%
<b>PDTA Emergenze cardiologiche</b>	Percentuale di visite di follow-up a 1 mese dalla dimissione	51,6 (dato 2021 senza extraregione)	80%

## F.2 Altri indicatori di attività

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

### F.2.1 Area perinatale

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: <i>indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita</i>	per i punti nascita che hanno registrato un valore inferiore o uguale a 19% nell'anno 2021, il target 2023 è il mantenimento o la riduzione del valore 2021;  per i punti nascita che hanno registrato un valore maggiore a 19% nell'anno 2021 il target 2023 è <=19%
Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: <i>indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita</i>	per i punti nascita SPOKE <=7%;

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

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

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica >= 5 per cento del Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE  Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2023

## G. TEMPI DI ATTESA

Per quanto riguarda i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per gli interventi chirurgici, le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019. Per l'anno 2023 le azioni previste sono le seguenti:

<b>Obiettivo</b>	<b>Risultato atteso e target</b>
Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: <ul style="list-style-type: none"><li>- almeno 90% per la priorità B;</li><li>- almeno 90% per la priorità D;</li><li>- almeno 90% per la priorità P.</li></ul>
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A
Programmi attuativi aziendali	In ottemperanza alla DGR 1815/2019 il "Programma attuativo aziendale dei tempi di attesa per l'anno 2023" dovrà essere allegato al Piano attuativo aziendale e pubblicato sui siti web aziendali. Esso deve tra l'altro contenere le azioni previste per la tutela del diritto di garanzia o avere un rimando alle procedure specifiche, che in quel caso devono essere consultabili.
Relazione TDA	ASUGI presenta entro il 31/1/2023 ad Arcs una relazione illustrativa sull'andamento dei tempi di attesa. I contenuti dovranno trattare gli argomenti previsti dall'art. 15 della LR 7/2009.

# ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO

Si riportano le linee ordinarie che devono essere mantenute o sviluppate in rapporto agli obblighi conseguenti all'applicazione della normativa nazionale e regionale, anche ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

## 1 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

### 1.1 Il Piano regionale della prevenzione 2021 -2025

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

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

#### 1.1.1 Macro obiettivi e linee del Piano regionale della prevenzione

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

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

**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**

**MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti**

**MO3 Incidenti domestici e stradali**

**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**

**MO5 Ambiente, Clima e Salute**

**MO6 Malattie infettive prioritarie**

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

- contrastare la mortalità prematura e disabilità legate alle malattie croniche non trasmissibili, anche

attraverso l'individuazione precoce dei soggetti a rischio cardio vascolare, alla riduzione degli incidenti stradali e domestici, infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nonché alla promozione dell'invecchiamento attivo

- investire sul benessere dei bambini e dei giovani, con interventi precoci, creando contesti favorevoli, sviluppando le capacità del singolo nel fare scelte consapevoli in tema di salute e prevenzione delle dipendenze.
- rafforzare i sistemi di screening oncologici, e le programmazioni a sostegno della prevenzione delle malattie infettive, vaccinazioni, sicurezza alimentare.
- considerare l'individuo in rapporto all' ambiente in cui vive, promuovendo un rapporto salubre fra salute e ambiente realizzando un approccio inter-istituzionale del servizio sanitario con altri enti
- promuovere stili di vita sani in tutte le età in diversi setting, favorendo uno scambio e una partecipazione della comunità nella pianificazione.

### **1.1.2 Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi**

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

All'interno del gruppo aziendale è garantito il coordinatore che monitorerà lo sviluppo e realizzazione delle azioni previste dal piano stesso e garantirà il collegamento tra azienda e gruppo regionale del PRP. L'obiettivo è favorire sinergie e collaborazioni tra operatori dei diversi servizi coinvolti in azioni trasversali, armonizzandole attività per rendere efficiente tutto il sistema. I referenti aziendali e il coordinatore partecipano a iniziative regionali inerenti al PRP.

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

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

#### **1.1.3.2 Programma PP2 Comunità attive**

#### **1.1.3.3 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute**

In ambito sanitario si proseguiranno le consolidate attività di immunizzazione per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno di strutture aziendali, e si promuoverà l'adozione di interventi finalizzati alla adozione di stili di vita consapevoli tra i lavoratori, oltre a proseguire con gli interventi a supporto del benessere psicofisico del personale sanitario coordinati dalla rete HPH.

In ambito extra-sanitario continuerà la diffusione del modello WHP regionale in tutto il territorio, grazie anche all'adozione del nuovo Manuale WHP FVG redatto dal gruppo di lavoro nel 2022 e del sito regionale <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/> completamente rivisitato. Si organizzerà nel 2023 il modulo formativo per la formazione dei medici competenti e altri operatori sanitari sul counseling breve.

#### **1.1.3.4 Programma PP4 Dipendenze**

Alla luce delle evidenze epidemiologiche di un preoccupante aumento del consumo di sostanze psicoattive legali e illegali nella popolazione giovanile, si intende sviluppare e consolidare interventi di prossimità nei luoghi di aggregazione giovanile che rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, anche attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento, al fine di promuovere la cultura della legalità e della sicurezza, prevenire o ridurre i più comuni rischi legati al consumo di sostanze (attraverso attività di counseling, di ascolto, di informazione mirata, di distribuzione di materiali, di misurazione alcolimetrica), nonché riconoscere precocemente situazioni di disagio e favorire il rapporto con i servizi dedicati all'età evolutiva.

### **1.1.3.5 Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita**

La sicurezza negli ambienti di vita rappresenta un patrimonio collettivo e deve essere promossa attraverso azioni integrate tra tutti gli attori coinvolti.

La maggior parte degli incidenti domestici può essere evitata attraverso modifiche organizzative e maggiore attenzione da parte delle persone.

Attenzione particolare riveste la prevenzione delle cadute nella popolazione anziana, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti (ambiente domestico e spazi pubblici sicuri, programmi di attività fisica, corretto uso dei farmaci).

Nell'ambito della sicurezza stradale, i comportamenti non corretti alla guida dell'auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini) sono responsabili di gran parte degli incidenti.

Il percorso di riattivazione e consolidamento delle collaborazioni con le istituzioni, le associazioni di categoriae gli stakeholder, indebolite in seguito all'emergenza COVID, proseguirà anche nel 2023, al fine di promuovere la cultura della sicurezza negli ambienti di vita in maniera congiunta.

Si proseguirà con l'aggiornamento del materiale informativo prodotto e si svilupperanno nuove tematiche. In collaborazione con i referenti dei programmi PP1 "Scuole che promuovono salute", PP2 "Comunità Attive" verranno implementate le iniziative informative e comunicative nei confronti della popolazione generale e dei caregiver, in quella fragile, e promuovere la cultura della sicurezza domestica e stradale e l'attività fisica in tutte le età.

Proseguiranno le azioni di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari, inclusi i PLS e MMG anche al counselling, al fine aumentare le competenze genitoriali e il corretto uso dei dispositivi di sicurezza, di sensibilizzare ai rischi di caduta soprattutto degli anziani e promuovere la cultura della sicurezza domestica e stradale e l'attività fisica in tutte le età.

Il coordinamento con i referenti del PP9 Ambiente, Clima e salute, rappresenterà il momento iniziale per l'identificazione delle azioni a sostegno dell'Urban Health.

Il miglioramento dei dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale consentirà di programmare azioni congiunte tutti gli altri attori coinvolti.

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

Verrà data continuazione alla programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate negli scorsi anni. In accordo con il piano di prevenzione 2020 - 2025 gli interventi di vigilanza verranno integrati con i piani mirati di prevenzione. I piani sono stati presentati nell'ambito del Comitato regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/2008 per la condivisione con tutti i portatori di interesse, l'attività di condivisione proseguirà nel 2023.

Viste le caratteristiche produttive della regione in passato, e in particolare dell'area isontina nonché giuliana, dovrà essere garantita in continuità col passato la sorveglianza sanitaria dei cittadini ex-esposti all'amianto che ne fanno richiesta. A tal proposito ASUGI garantisce con il Centro Regionale Unico ex-esposti all'Amianto (CRUA) la funzione a livello aziendale e regionale.

### **1.1.3.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute**

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

Appare importante consolidare il modello organizzativo e metodologico di integrazione interaziendale mirato a favorire un contesto di lavoro in team. A tale scopo risulta utile, per specifiche tematiche, la costituzione di gruppi di lavoro di riferimento con il coinvolgimento di esperti tematici individuati all'interno delle Aziende sanitarie e coordinati dalla DCS attraverso il referente regionale del Programma. Questo approccio consentirà sia di ottimizzare le risorse oggi disponibili sia di sostenere la trasversalità tra Aziende sanitarie diverse e garantire l'uniformità di azione sul territorio regionale.

ASUGI partecipa alla costituzione di gruppi di lavoro tematici interaziendali e all'individuazione dei relativi coordinatori o di referenti tematici con il compito di implementare le azioni previste secondo il cronoprogramma di realizzazione ed i relativi indicatori del Programma.

Sarà cura dei suddetti coordinatori/referenti tenere aggiornato lo stato di avanzamento dei lavori utilizzando lo specifico strumento di lavoro messo a disposizione.

#### **1.1.3.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza**

Prosegue l'attività di contrasto dell'antibiotico resistenza in ambito umano e veterinario (*One Health*) come obiettivo strategico del Ministero salute nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025.

Il nuovo Piano Nazionale per il contrasto all'antibiotico resistenza 2022-2025 (PNCAR), approvato il 30 novembre 2022, con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, integra e amplifica gli interventi già previsti dall'obiettivo strategico del PNP e ripresi dalle Regioni all'interno del proprio Piano Regionale di Prevenzione.

Il nuovo PNCAR articola gli interventi di prevenzione e controllo dell'antibiotico-resistenza (ABR) nel settore umano, animale e ambientale secondo tre pilastri fondamentali che sono: 1) la sorveglianza e il monitoraggio integrato dell'ABR, dell'utilizzo di antibiotici, delle ICA e monitoraggio ambientale; 2) la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ambito ospedaliero e comunitario, delle malattie infettive e zoonosi; 3) l'uso appropriato degli antibiotici sia in ambito umano che veterinario e la corretta gestione e smaltimento degli antibiotici e dei materiali contaminati.

La declinazione degli interventi di contrasto all'antimicrobico-resistenza a livello aziendale si inquadra all'interno dell'obiettivo generale del PRP "Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione". I risultati attesi sono specificati per l'ambito umano (Um), l'ambito veterinario (Vet) e per le azioni condivise tra i due ambiti (Um-Vet).

#### **1.1.3.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità**

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

#### **1.1.3.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica**

#### **1.1.3.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni**

#### **1.1.3.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive**

#### **1.1.3.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica**

## **1.2 Programmi di screening HCV**

Il Ministero della Salute ha promosso in tutto il territorio nazionale lo screening gratuito rivolto alle persone nate tra il 1969 e il 1989, i detenuti e i soggetti in carico ai SerD per individuare e curare persone che non sono a conoscenza della propria positività.

Grazie allo screening, è possibile identificare e fornire le giuste terapie a tutti i casi positivi identificati, consentendo di scongiurare l'evoluzione della malattia e impedire il contagio di altre persone.

Lo screening avviene su base volontaria e gratuitamente.

Sul campione di sangue vengono in un primo momento ricercati anticorpi specifici contro il virus dell'epatite C e successivamente, in caso di positività a questo primo test, sullo stesso campione verrà ricercata la presenza del materiale genetico del virus stesso.

In caso di positività a questa seconda analisi si attiverà direttamente la presa in carico del paziente positivo e di eventuali familiari conviventi.

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

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

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

La Regione Friuli Venezia Giulia con DGR n. 249 del 2022 ha definito la strategia operativa, le azioni e gli interventi da assicurare sul territorio nelle diverse fasi pandemiche.

Il Panflu FVG 2021-2023 è strutturato in due parti: la prima parte, definisce il quadro generale, le figure di riferimento ed i loro compiti, la seconda parte, descrive le fasi pandemiche e gli interventi specifici di ogni singola fase.

## **1.4 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica**

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

Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione rientrano i Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria che hanno la funzione di supporto alle attività di pianificazione e gestione delle azioni di sorveglianza epidemiologica coordinate dal Servizio veterinario regionale.

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

Pertanto, preso atto delle attività svolte dall' IZSVE in attuazione ai Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria ratificati con accordi di collaborazione annuale, al fine di

ottimizzare le risorse di capitale e di programmazione intesa come risorse disponibili allocate all'espletamento di tali attività e come progettualità di lungo termine, si intende stipulare un Accordo di collaborazione con il medesimo IZSve di durata triennale (2022-2024), definendone di anno in anno i contenuti attuativi, a partire dal primo semestre 2021 fino al 31 dicembre 2024.

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

## **1.5 Miglioramento Sorveglianze**

Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati di processo e di esito, avvalendosi dell'Evidence-Based-Prevention (EBP).

Gli Indicatori degli Obiettivi strategici del Piano della Prevenzione 2020-2025 sono ricavati, sia a livello nazionale che regionale dai sistemi di sorveglianza e informativi di cui al DPCM 3 marzo 2017 e da altre fonti nazionali.

A partire da questi elementi, le Regioni articolano la pianificazione regionale attraverso i Piani Regionali della Prevenzione e, a cascata, i Piani Attuativi Locali, in modo da "coprire" tutti gli obiettivi del PNP con Programmi il più possibile integrati e trasversali, anche ai fini del miglior uso delle risorse disponibili nel contesto di riferimento.

I sistemi di Sorveglianza di popolazione rientrano fra i Livelli Essenziali di Assistenza della "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica" (DPCM 12/01/2017, Allegato 1, Area F).

In particolare, il LEA F2 impegna i servizi sanitari nelle attività di "Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo a fini programmatori e valutativi delle informazioni sui fattori di rischio di malattie croniche e sugli stili di vita" e la "Sorveglianza dei trend temporali e spaziali ...", al fine di realizzare "Informazione e comunicazione alle istituzioni, ai cittadini e a gli operatori sanitari anche attraverso report strutturati".

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

Con DGR 1965-2021 Allegato 1 "Modello Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale" la Regione Friuli Venezia Giulia ha definito fra i Livelli Assistenziali il Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento). Tale funzione "assicura la gestione, a livello regionale, dei sistemi di sorveglianza di popolazione PASSI e PASSI d'Argento, dedicati rispettivamente agli adulti di 18-69 anni e agli ultra 65enni, coordinati a livello centrale dall'Istituto Superiore di Sanità e riconosciuti di rilevanza nazionale (DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze - GU Serie Generale n.109 del 12-05-2017 - All. A)

Nel 2022 la Direzione Centrale Salute ha assegnato ad ASUGI l'obiettivo di istituire il Centro di Riferimento Regionale Sistemi di Sorveglianza Passi e Passi d'Argento (Linee di Gestione 2022, DGR N 321 dell'11 marzo 2022), al fine di garantire il coordinamento regionale e la conduzione delle Sorveglianze PASSI e PASSI D'Argento per tutte le Aziende Sanitarie della Regione e la produzione degli indicatori di competenza e di monitorare l'efficacia delle azioni di prevenzione intraprese, ma anche di potenziare la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo, ove richiesto. ASUGI si impegna a garantire tale funzione.

Nel corso del 2023, in continuità con gli anni precedenti, le indagini telefoniche saranno realizzate da operatori formati del call center regionale. Questo per garantire la numerosità campionaria minima per il calcolo degli indicatori LEA di competenza (P 14C) per ciascuna delle Aziende Sanitarie della Regione e di inserire fra le tematiche indagate dalle Sorveglianze argomenti di specifico interesse regionale, per il monitoraggio di alcune azioni Equity Oriented del Piano Regionale della Prevenzione o di indicatori dell'Invecchiamento Attivo, se richiesto. Ai fini di garantire la riservatezza dei dati, in continuità con il protocollo in essere, l'invio dell'informativa ai soggetti campionati, la comunicazione ai medici di medicina generale sul portale della continuità delle cure e l'invio dell'elenco degli intervistandi al call center è gestita da INSIEL, con costi a carico della Direzione Centrale Salute.

## 1.6 Rete HPH

La regione Friuli Venezia Giulia aderisce alla rete internazionale HPH dal 2003.

Nel 2020 ARCS ha siglato, in qualità di Centro di Coordinamento della rete HPH regionale, il quinto mandato di adesione per il quadriennio 2021-2024. Il 2021 è stato l'anno della rivisitazione a livello internazionale della definizione della rete HPH. Il 2022 è stato l'anno dell'attivazione dei team multiprofessionali che promuovono la salute del personale sanitario, allo scopo di integrare le azioni di prevenzione e sorveglianza affidate a SPPE Medici competenti con la promozione della salute (empowerment individuale, ambientale e organizzativo per la promozione di un posto di lavoro sano). Le progettualità proposte per il 2023 sono in continuità con le azioni finora avviate dalla Rete HPH.

## 2 ASSISTENZA TERRITORIALE

### 2.1 Assistenza primaria

Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., ASUGI definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della medicina di base, in coerenza con il proprio modello organizzativo e secondo quanto previsto dagli ACN, individuando:

- a) gli obiettivi di salute da perseguire, con particolare riferimento all'assistenza nei confronti delle persone affette da malattie croniche;
- b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

Per lo svolgimento delle sue funzioni, il Direttore di Distretto si avvale dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da un rappresentante per ciascuna delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale Ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è in staff al Direttore di Distretto e svolge, in particolare, funzioni consultive e propositive in tema di:

- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e su base oraria, PLS, e specialisti ambulatoriali interni con gli operatori assegnati al Distretto, al fine di garantire uniformità di comportamento operativo nelle attività ed interventi delle diverse articolazioni organizzative;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale (es. miglioramento continuo della qualità, sistema informativo, management, etc.);
- definizione del Programma delle Attività Territoriali;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali finalizzata a soddisfare il reale bisogno di salute, con l'individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i MMG e i PLS, nonché di procedure e di modalità condivise di offerta dei servizi;
- qualsiasi altra materia il Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre;
- applicazione di quanto previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali in materia di appropriatezza delle cure e uso delle risorse.

I referenti di AFT dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali componenti di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali coadiuvano il Direttore del Distretto per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali in caso di comportamenti prescrittivi ritenuti non conformi alle disposizioni di legge, secondo quanto previsto dai rispettivi AACNN. Le modalità di funzionamento dell'UCAD sono

determinate con regolamento Aziendale.

A seguito della definizione degli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG attuativi del presente atto di programmazione, sono soppressi gli Uffici Distrettuali per la Medicina Generale con le modalità previste dagli accordi stessi.

## **2.2 Disturbi dello Spettro Autistico**

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

La transizione dai Servizi dell'età evolutiva a quelli per gli adulti costituisce una priorità a motivo del concreto rischio di isolamento ed esclusione sociale dei futuri cittadini maggiorenni affetti da disturbi del neurosviluppo nel passaggio all'età adulta. Occorre implementare il lavoro di rete tra servizi per la messa a fuoco dei bisogni emergenti, in particolare delle comorbidità fisico-organiche associate e dell'appropriatezza degli interventi da strutturare secondo il modello DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) affinché, utilizzando le competenze già presenti, si accresca il numero dei servizi dedicati a questa funzione. Il modello della presa in carico rimane quello imperniato sull'integrazione socio-sanitaria.

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

## **2.3 Disturbi del comportamento alimentare (DCA)**

ASUGI per il tramite dei referenti aziendali al "Gruppo tecnico regionale per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" (Decreto 5976 del 7 luglio 2022) collabora alle iniziative regionali e concorre al raggiungimento degli obiettivi del Piano biennale di attività della regione Friuli Venezia Giulia "Potenziamento della rete regionale per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: implementazione di modelli innovativi di riabilitazione, di formazione e supporto tra pari nei contesti semiresidenziali".

Proseguono le attività di monitoraggio e formazione a cura degli Osservatori epidemiologici regionali dell'IRCCS Burlo Garofolo per i minori e dell'ASUFC per gli adulti, con i quali ASUGI collabora per quanto di competenza.

## **2.4 Sanità penitenziaria**

Nel corso del 2023 proseguiranno gli incontri dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria del Friuli Venezia Giulia, al fine di continuare l'analisi e il monitoraggio di percorsi ed interventi, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e il Tribunale di Sorveglianza. A questo si affiancano i lavori del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto. A livello regionale, il coordinamento della rete di sanità penitenziaria continua ad utilizzare il protocollo per eventuali trasferimenti per motivi sanitari elaborato nel corso del 2021, atto a garantire risposte uniformi all'Amministrazione Penitenziaria.

Proseguono inoltre i lavori per il miglioramento della documentazione sanitaria relativa ai detenuti e per l'implementazione ed espansione di progettualità innovative di telemedicina e di cartella condivisa, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure.

Nel 2023 sono, altresì, previsti percorsi di formazione a livello aziendale che coinvolgano il personale sanitario e penitenziario con la finalità di migliorare la comunicazione su obiettivi di lavoro comuni, in particolare rispetto al tema della prevenzione del suicidio negli istituti penitenziari. A tal fine, è previsto anche un aggiornamento dei Piani locali per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere, come previsto dalla DGR 2145/2017.

Particolare attenzione verrà posta alla gestione della salute dei detenuti con bisogni complessi e con

problematiche di salute mentale e di dipendenza. A tal fine, le Aziende sono sempre chiamate a prevedere un'organizzazione del personale e/o metodologie di lavoro con caratteristiche di interdisciplinarietà e multiprofessionalità che rispondano a detti bisogni.

## **2.5 Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)**

ASUGI prosegue nelle attività relative alla residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS), anche predisponendo progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI). Al fine di un costante aggiornamento e monitoraggio dei dati relativi alla REMS, ASUGI può disporre anche del Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP). Una formazione regionale specifica sullo SMOP (sia online che in presenza) è stata fornita ai referenti aziendali nel corso del 2022.

Particolare attenzione deve essere data alle progettualità alternative all'internamento in REMS ed alla collaborazione con la Magistratura per l'applicazione delle misure alternative per le persone soggette a misura di sicurezza. Nel corso del 2023, a seguito del recepimento del documento di Conferenza Unificata Rep. 188/2022 con delibera di Giunta regionale n. 101/2023, verrà costituito il Punto Unico Regionale (P.U.R.), finalizzato a fornire supporto all'Autorità Giudiziaria al fine di dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentiva in base al principio di territorialità, individuando la REMS di assegnazione.

## **2.6 Salute mentale**

Come previsto nella DGR n. 1965/2021, le NPIA e i DDSM continuano a collaborare in un percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta. In questo ambito, ASUGI sviluppa progettualità integrate per la cura e la presa in carico dei giovani con disturbo mentale severo.

# **3 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA**

## **3.1 Integrazione sociosanitaria**

ASUGI ha da sempre considerato l'integrazione sociosanitaria una strategia fondante del proprio modello di cure territoriali, da perseguire a tutti i livelli del sistema, con l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere dei propri cittadini. Tale strategia, confermata dal PNRR, dai diversi piani nazionali (Piano nazionale degli interventi sociali 21-23, piano della famiglia, piano della non autosufficienza) e più recentemente da normative di settore (legge delega sulla disabilità, legge 234/21), intende dare, in tutto il territorio aziendale, effettiva attuazione sia ai LEA sociosanitari (DPCM 12 gennaio 2017) sia ai LEPS. In particolare, punta a definire processi e modalità operative in tema di autonomia della persona, punti unici di accesso, valutazione multidimensionale, progetto individualizzato, budget di progetto, domiciliarità, residenzialità, abitare inclusivo e de-istituzionalizzazione.

È necessario sviluppare ulteriormente il ruolo di governance per garantire la realizzazione di un sistema integrato tra componente sanitaria, sociale e sociosanitaria attraverso il raccordo tra programmazione integrata regionale (Piani di Zona e Programma delle attività territoriali) e la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria nazionale al fine di assicurare la composizione di filiere integrate tra LEPS e LEA.

Per questo è necessario che il sistema sanitario attivi equipe stabili, integrate con il sistema sociale, in grado di garantire il processo di presa in carico (dall'accoglimento della domanda alla definizione del progetto personalizzato con gli interventi programmati) per le situazioni di bisogni complessi.

Rilevanti diventano, quindi, gli atti di programmazione che stabiliscano in modo chiaro le modalità dell'integrazione stessa, prevedendo al loro interno una declinazione puntuale dell'organizzazione gestionale e funzionale del personale, delle modalità operative di realizzazione degli interventi, nonché delle risorse economiche messe a disposizione.

In relazione alla programmazione nazionale in materia sociosanitaria un elemento di rilievo per il benessere e l'accoglienza della popolazione è rappresentato dal Punto unico d'accesso (PUA) all'interno delle case della comunità. Pertanto in continuità con l'obiettivo del 2022 ASUGI e i Servizi sociali dei Comuni definiranno la modalità di attuazione dei PUA.

Un'ulteriore priorità del sistema sociosanitario è rappresentata dalle dimissioni protette (PNRR, DM 77/22, Legge 234/21 art.1 comma 170 PNPS 21-23), che riguardano in particolar modo le persone anziane e persone fragili alla dimissione dall'ospedale. Per "dimissione protetta" si intende una dimissione da un contesto sanitario che preveda una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sanitari e i servizi sociali dei Comuni. Tali tipi di intervento richiedono un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione con garanzia di interventi programmati e adeguati che consentano alla persona il rientro a domicilio o in situazione di protezione. In continuità con gli obiettivi dello scorso anno, le Aziende stipulano con i SSC accordi/protocolli finalizzati alla realizzazione degli interventi.

### **Integrazione con la programmazione sociale**

In considerazione di tutti gli atti nazionali di programmazione in materia sociosanitaria che definiscono lo strumento del PDZ /PAT quale elemento essenziale per la programmazione integrata di interventi e servizi, in cui collocare gli elementi di integrazione istituzionale, gestionale e professionale, nonché le declinazioni a livello locale dei piani nazionali riferiti alle diverse aree di competenza (minori, famiglie, non autosufficienza, cronicità, povertà), la Regione intende dare un nuovo impulso alla programmazione territoriale integrata, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro regionali tematici per la definizione delle nuove linee guida per i PDZ/PAT.

## **3.2 Non autosufficienza**

È necessario ricordare come a sostegno dei servizi e degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti intervengano numerosi atti governativi quali il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attraverso la Missione 5) Coesione e Inclusione e Missione 6) Salute, il DM 77/22, il Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-23 e il Piano della Non Autosufficienza 22-24. Tutti questi documenti sottolineano l'imprescindibilità dell'integrazione sociosanitaria quale fattore funzionale e strategico per una risposta efficace e adeguata alla complessità e multidimensionalità della non autosufficienza.

La legge 234/2021 articolo 1, ai commi 162 e 163, fa preciso riferimento ai Livelli essenziali delle prestazioni sociali (assistenza domiciliare, servizi sociali di sollievo e servizi sociali di supporto) e ai LEA (DPCM 12 gennaio 2017) con particolare riferimento agli articoli 21 "percorsi assistenziali integrati", 22 "Cure domiciliari", 23 "Cure palliative domiciliari" nonché articolo 30 "assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti".

Il Piano della Non autosufficienza si sofferma sulla necessità di meglio definire a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti. A tal fine è prevista la stesura di un accordo di collaborazione interistituzionale che consenta di definire e attuare:

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;

- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processivirtuosi a matrice corale di intervento.

È indispensabile, quindi, riprendere la programmazione integrata con i servizi sociali per la definizione dei PAT/PDZ (Piani attuativi territoriali dei Distretti/Piani di zona dei Comuni). Con riferimento agli interventi per le persone con gravissima disabilità, di cui al Piano Non Autosufficienza 2022-2024, ASUGI, in continuità con le attività già previste nel 2022, rende disponibili, secondo le indicazioni della Regione, le informazioni necessarie all'identificazione e quantificazione del numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite a domicilio nel proprio territorio, per tipologia di disabilità misurata secondo le scale di cui all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016, indicando altresì se le stesse siano o meno beneficiarie di uno dei fondi regionali a sostegno della domiciliarità (FAP, Fondo SLA, Fondo gravissimi).

### **3.3 Anziani**

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

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

Nel 2022 la Regione ha avviato con Aziende sanitarie e Servizi sociali dei Comuni un percorso di confronto e analisi volto a dare attuazione alle linee di indirizzo per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria (DGR 1964 del 23.12.2021), tenuto conto anche delle opportunità connesse alla Missione 5 linea 1.1.2. che si svilupperà nel 2023 attraverso i bandi di coprogrammazione.

Nella logica di miglioramento del sistema residenziale dedicato agli anziani non autosufficienti, ASUGI garantisce l'attività finalizzata al monitoraggio e alla promozione della qualità all'interno delle Residenze per anziani, attraverso la realizzazione di almeno due visite di audit approfondite. ASUGI provvederà, inoltre, a redigere e trasmettere alla Direzione centrale salute entro il primo semestre del 2023, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nel corso del 2022.

Nel 2023 proseguirà anche l'attività di sorveglianza attiva rivolta alla popolazione anziana a rischio di fragilità, denominata PRISMA 7, finalizzata alla presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili. ASUGI assieme ai Servizi sociali dei Comuni continua a garantire la partecipazione ai tavoli di lavoro per la condivisione di procedure comuni e l'identificazione di buone prassi.

### **3.4 Disabilità**

La Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato la legge n. 16/2022 *Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia*. Tale provvedimento normativo ha ridisegnato il complessivo assetto organizzativo delle competenze in materia di disabilità riallocando taluni servizi e interventi in capo alle Aziende sanitarie. In particolare, dallo 01/01/2024, la titolarità dei servizi e degli interventi, in quanto riconducibili ai livelli essenziali di assistenza (LEA), di tipo residenziale, semiresidenziale e finalizzati all'inserimento lavorativo, sono stati ricondotti nel novero delle competenze delle Aziende sanitarie e non in quello dei Comuni come previsto dall'art. 6 della LR 41/1996 (abrogata). Da tale nuovo riassetto del sistema sociosanitario regionale per la disabilità, ASUGI è chiamata a porre in essere, gradualmente, tutta una serie di azioni al fine di assolvere alle nuove responsabilità a loro attribuite. Parallelamente poi, va tenuto in considerazione che è stata approvata dal legislatore nazionale la Legge delega 227/2021, i cui decreti legislativi

attuativi sono ancora in itinere. Ciò nonostante, la Regione, in attuazione delle disposizioni in materia di integrazione e assistenza sociosanitaria di cui all'articolo 14 della LR 22/2019, ha approvato, con DGR 1134/2020, le <<Linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità>>, in particolare il sub-allegato A1) sulla presa in carico integrata delle persone nell'area di bisogno della disabilità. Nelle more della definizione dei decreti legislativi attuativi della Legge delega, ASUGI si impegna ad adempiere alle disposizioni contenute nelle linee guida regionali in tutte le fasi della presa in carico integrata assicurando, in particolare, la Valutazione Multi Dimensionale (VMD) con le modalità e le tempistiche ivi previste.

Nel corso del 2023 ASUGI partecipa alla definizione di un piano di intervento per il trasferimento a regime del processo di gestione delle cure farmacologiche nelle strutture che accolgono persone con disabilità nell'area sociosanitaria dopo aver valutato gli esiti delle sperimentazioni effettuate nello scorso anno e previa predisposizione degli indirizzi regionali.

### **3.5 Minori**

Considerate le indicazioni nazionali presenti nei diversi piani di programmazione (Piano nazionale politiche per la famiglia, V° piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano nazionale interventi sociali con particolare riferimento al child-guarantee) e le situazioni di minori sempre più complesse e precoci nella manifestazione del disagio e della vulnerabilità, si rende quantomai opportuno rafforzare e consolidare il funzionamento di equipe multiprofessionali ed interistituzionali in grado di garantire una presa in carico integrata ed efficace tra i diversi servizi.

Per l'anno 2023 ASUGI e i Servizi Sociali dei Comuni, nell'ambito delle U.V.M, per le situazioni di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali, proseguono l'applicazione delle Linee guida regionali di cui alla DGR n. 273/2020, anche tenuto conto del processo di autorizzazione e accreditamento delle strutture stesse che verrà avviato nel 2023.

ASUGI garantisce la collaborazione nell'ambito del Programma nazionale cd " P.I.P.P.I" che prevede una presa in carico integrata delle famiglie vulnerabili al fine di prevenire l'allontanamento del minore stesso, in applicazione dei LEPS nazionali come definito nell'ambito del PNPS 21-23 e nei LEA del DPCM 12 gennaio 2017 con particolare attenzione all'art.24 comma 1 punto o).

### **3.6 Salute mentale**

Le attività 2023, in linea anche con quanto disposto dalla LR 22/2019, dovranno orientarsi al consolidamento e allargamento delle attività del Tavolo Tecnico Regionale costituitosi nel 2018, relativo alla metodologia del PTRI con BIS, che manterrà il compito di sintesi documentale, anche al fine dell'individuazione di requisiti qualitativi di programmi e strumenti di abilitazione, condivisi tra Servizi sanitari, sociali, altre agenzie pubbliche, Enti del terzo settore e stakeholders. Un tanto, al fine di sviluppare ulteriormente in maniera organica la documentazione propedeutica a percorsi regionali di accreditamento a partire dall'orientamento condiviso nell'ambito degli interventi e delle attività riabilitative e di inclusione sociale.

Proseguiranno le attività relative alla valutazione degli esiti, al coinvolgimento degli stakeholders e al miglioramento della progettazione personalizzata degli interventi rivolti alle persone con bisogni complessi.

### **3.7 Dipendenze**

In linea con le direttrici generali dell'azione regionale secondo i principi e le disposizioni in materia di integrazione e assistenza sociosanitaria della legge regionale 22/2019, nel settore delle dipendenze resta centrale l'impegno allo sviluppo e al consolidamento degli interventi finalizzati al miglioramento della presa in

carico delle persone con problemi di dipendenza patologica e alla qualificazione dell'offerta regionale dei servizi, secondo le indicazioni delle linee guida adottate con la deliberazione della Giunta regionale n. 1435/2020.

Entro tale ambito, con particolare riguardo all'obiettivo di uniformare sul territorio regionale le pratiche di presa in carico, a garanzia di livelli uniformi di assistenza, l'attesa per il 2023 è innanzitutto quella di dare concreto avvio all'utilizzo del modello di PTRI comune e condiviso, al cui formato si è lavorato nel corso del 2022 nella prospettiva degli sviluppi di informatizzazione consentiti dal nuovo gestionale per le dipendenze (GEDI).

L'intensificazione della collaborazione portata avanti a livello regionale fra Servizi per le dipendenze e le tre Comunità terapeutiche regionali accreditate e convenzionate – finalizzata all'obiettivo di contenere gli invii in strutture extraregionali – ha fatto anche emergere la problematica, unanimemente condivisa per rilevanza e strategicità, dell'esigenza di una condivisione progettuale per gli utenti in procinto di concludere il percorso in Comunità terapeutica. In tale direzione, si prevede una apposita linea di lavoro che apra a prospettive di inserimento/reinserimento meglio concertate e progettate. I Servizi opereranno in continuità sul fronte dell'impegno a contenere gli invii in strutture extraregionali, relazionandone gli esiti.

Per il miglioramento della costruzione delle risposte personalizzate, rendendole flessibili ai bisogni di salute, continuerà ad operare la linea di finanziamento dedicata al budget di salute, quale strumento per la flessibilità dell'offerta terapeutico-riabilitativa aperta all'apporto degli enti del terzo settore. Su tale versante occorrerà esplorare nuove fattibilità d'intervento regionale a supporto dell'integrazione fra risposta sociosanitaria e sociale, con attenzione alle esigenze operative dei servizi nel quadro del funzionamento e del finanziamento dei sistemi sanitario e sociale e della garanzia dei rispettivi livelli essenziali delle prestazioni.

Sul versante delle problematiche alcol correlate, occorre dare nuovo slancio e sviluppo d'integrazione regionale alla rete fra Servizi e Associazioni e Gruppi operanti nel settore, a superamento dei rallentamenti dovuti alle restrizioni degli anni di pandemia nel dare seguito agli impegni assunti con il Protocollo d'intesa sottoscritto nel 2018, per fare sintesi delle acquisizioni delle buone pratiche portate avanti a livello territoriale e affrontare le criticità emergenti cui poter dare risposte integrate e condivise.

Per l'area del disturbo da gioco d'azzardo, l'obiettivo assunto per il 2023 è quello della revisione del documento elaborato per le linee d'azione regionali che, alla luce di quelle adottate dal Ministero della salute con DM del 16 luglio 2021, n. 136, dovranno favorire l'integrazione tra i servizi pubblici e le strutture private accreditate, gli enti del terzo settore e le associazioni di auto-aiuto della rete territoriale locale.

Sul fronte della prevenzione, in aderenza agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e nell'ambito delle previsioni del "Piano regionale della Prevenzione 2021-2025 del Friuli Venezia Giulia" adottato con DGR 4 marzo 2022, n. 288, ASUGI darà continuità d'intervento all'incremento dell'offerta del testing e dei percorsi integrati ospedale-territorio per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali e le altre malattie sessualmente trasmissibili e per favorire l'accesso ai percorsi di cura.

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

### **3.8 Area Welfare**

L'Area Welfare di Comunità, in coerenza con quanto previsto all'art. 9 della [legge regionale 25 luglio 2012 n. 14](#) e dell'art. 30 dalla L.R.16/2022, svolge funzioni di supporto alla programmazione, implementazione, monitoraggio e valutazione nonché ricerca, sviluppo e innovazione in materia di politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali.

### **3.9 Consulteri familiari - attività sociosanitaria**

Per quanto attiene l'attività sociosanitaria integrata dei Consulteri familiari con i Servizi sociali dei Comuni e con servizi educativi scolastici, si sottolinea l'importanza del loro ruolo a favore della presa in carico di minorie famiglie vulnerabili, nonché l'importanza di interventi volti alla prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, come previsto dal DM 77/22.

I Consulteri familiari, pertanto, vengono coinvolti attivamente nel processo di presa in carico e garantiscono il supporto professionale come delineato nel punto precedente 3.5 Minori. Inoltre proseguono e rafforzano le azioni di sostegno alla genitorialità complessa e fragile, come previsto dal Fondo Politiche della famiglia, anche in conseguenza dei cambiamenti sociali dovuti all'emergenza COVID-19.

La Regione con l'approvazione della legge 12/2021 "Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori" si è posta come obiettivo quello di garantire una serie di azioni e servizi volti a contrastare i fenomeni di violenza.

Per l'anno 2023 ASUGI si impegnerà ulteriormente a sviluppare il lavoro di rete tra Centri antiviolenza, centri per autori di violenza, SSC e gli altri attori istituzionali coinvolti. Si intende proseguire l'attività formativa tra diversi stakeholder al fine di garantire lo sviluppo di linguaggi omogenei e di prassi operative condivise.

### **3.10 Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e serviziocivile**

Nel 2023 ASUGI promuove e rafforza i rapporti di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e le Fondazioni, al fine di consolidare la Rete e i relativi nodi territoriali promuovendo risposte omogenee a livello aziendale.

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

Anche nel corso del 2023 una particolare rilevanza sarà data agli interventi di supporto da parte degli ETS, nell'ambito del supporto al monitoraggio e alla presa in carico della popolazione fragile.

#### **Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP)**

ASUGI nel 2023 darà attuazione per quanto di competenza a quanto previsto dall'art. 12 della L.R. 22/2019, in particolare per quanto attiene i rapporti e le forme di collaborazione con le Aziende pubbliche di servizio alla persona (di seguito ASP) e anche per quanto attiene l'adozione di forme di sviluppo di competenze e professionalità di area tecnico amministrativa e per la formazione del personale, nonché per l'espletamento di procedure di reclutamento di personale e per l'utilizzo delle graduatorie di concorsi approvate dagli enti stessi.

#### **Servizio Civile Universale (d.lgs. 40/2017) e Servizio Civile Solidale Regionale**

L'azienda, unitamente al Servizio competente della Direzione centrale, avviano una analisi relativa:

- al ruolo del servizio civile e alle progettualità sviluppate presso le proprie aziende;
- alle possibili interrelazioni con le realtà del terzo settore che operano presso le stesse.

Gli esiti dell'analisi, che andranno sistematizzati anche con prospettiva regionale, costituirà la base per ulteriori valutazioni strategiche e la definizione proceduralizzata di percorsi, ruoli e responsabilità in un percorso di qualità.

#### **Formazione operatori sociosanitari (OSS)**

Nel corso del 2023, prosegue la linea avviata nel 2022 di formazione degli operatori sociosanitari (OSS) e degli operatori socio sanitari con formazione complementare (OSS-C).

## **Progettualità in materia di Giustizia di comunità**

Viene assicurata la partecipazione alle progettualità sviluppate dalla Direzione Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità in materia di Giustizia di comunità, secondo le indicazioni che verranno date dal Servizio competente, in attuazione di quanto previsto dalle progettualità approvate da parte di Cassa delle Ammende e dal Dipartimento degli Affari di Giustizia e dagli Accordi con gli Uffici della Giustizia, in tema di interventi di inclusione sociale e lavorativa, giustizia riparativa e assistenza alle vittime di ogni tipologia di reato.

## **4 ASSISTENZA OSPEDALIERA**

### **4.1 Indicatori di attività**

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

#### **4.1.1 Indicatori di attività ospedaliera: urgenze ortopediche**

#### **4.1.2 Indicatori Emergenza urgenza: Pronto Soccorso**

### **Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI**

Quale preconditione per poter garantire lo scarico dei dati riferiti agli episodi STEMI per le finalità epidemiologiche regionali e anche nazionali e per ottemperare, per quanto necessario, al debito informativo verso le strutture di governo nazionale, le Aziende devono formalmente richiedere o comunque autorizzarlo scarico dei dati dal sistema PACS verso il DataWareHouse gestito da INSIEL.

- Emergenze Cardiologiche – NSTEMI
- Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta
- Emergenza Territoriale
- Rene

### **4.2 Trapianti e donazioni**

Con accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 16/CSR del 24 gennaio 2018), è stato approvato il documento recante "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore/cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate". La regione Friuli Venezia Giulia ha recepito con Delibera di Generalità n.304 in data 4-3-2022 l'accordo.

Il Centro regionale trapianti Friuli Venezia Giulia, monitora per ogni programma trapianto:

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

Per quanto attiene le donazioni di organo, nel corso del 2022 la Regione ha recepito il Documento della Conferenza Stato Regioni rep. Atti 225 del 14 dic. 2017 avente come oggetto il "Programma nazionale donazione di organi 2018-2020".

In base all'Accordo di Conferenza Stato Regioni "Programma nazionale donazione di organi 2018-2020" (rep. Atti 225 del 14 dic. 2017), ogni Presidio Ospedaliero viene dotato di un Coordinamento Locale composto da un Coordinatore e da un Gruppo di Coordinamento formato da Medici e Infermieri Esperti nel Procurement, funzionalmente collegato alla DMO volto a sviluppare i programmi:

- A. Donazione Organi
- B. Donazione di Cornee
- C. Donazione di Tessuti non oculari (HBD, NHBD e da vivente)
- D. Dichiarazioni di Volontà
- E. Informazione-divulgazione (es. Ti Voglio Donare nelle Scuole)
- F. Trapianto di.....(ove presente)

### **4.3 Percorso nascita**

### **4.4 Pediatria**

### **4.5 Sangue ed emocomponenti**

## **5 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E ACCREDITAMENTO**

### **5.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG**

La Rete Cure Sicure FVG coordina e governa, in forma integrata, la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico. Nel corso del 2023, si prevede il consolidamento della Rete Cure Sicure FVG soprattutto in ambito territoriale e l'adempimento alle richieste istituzionali. Gli obiettivi e i risultati attesi relativamente ai programmi di *antimicrobial stewardship*, prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sicurezza del farmaco, violenza a danno degli operatori e superamento della contenzione sono indicati nella tabella che segue nel capitolo delle Linee Progettuali.

### **5.2 Accreditemento**

La Regione continuerà la partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti, come previsto dal Ministero della Salute, quale presupposto di garanzia della qualità delle cure per l'applicazione della direttiva 24/UE sulla mobilità sanitaria transfrontaliera. Tale attività coinvolgerà sia la Direzione centrale salute, sia l'OTA attraverso i referenti degli enti del SSR che ne fanno parte.

La Direzione centrale salute programmerà l'attivazione del procedimento per l'autorizzazione e l'accreditamento del Centro regionale trapianti. La Direzione centrale salute svilupperà le attività di verifica connesse al procedimento di rinnovo dell'accreditamento degli enti del Servizio sanitario regionale, avviato a seguito dell'adozione degli atti aziendali, ai sensi dell'articolo 9, comma 69, della legge regionale n. 13/2019. La Direzione centrale salute svilupperà le attività di verifica connesse al procedimento di rilascio dell'accreditamento provvisorio per le strutture residenziali per anziani, ai sensi del DPR n. 107/2022. Il Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera, su richiesta del Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria, titolare del procedimento, individuerà i professionisti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento e messi a disposizione dall'Organismo tecnicamente accreditante per lo svolgimento della verifica prevista.

ASUGI garantisce la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti e l'autorizzazione alla frequenza ai corsi di formazione in materia di accreditamento organizzati dall'OTA.

## **6 ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA**

In continuità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2023 ASUGI continuerà a promuovere azioni volte ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). Perseguirà, altresì, ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella degli acquisti diretti (ospedaliera, diretta e DPC).

### **6.1 Tetti di spesa farmaceutica**

I tetti di spesa per la farmaceutica, già rideterminati a decorrere dall'anno 2021 dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178, al comma 475 del suo articolo 1, con un valore per la spesa farmaceutica convenzionata pari al 7 per cento e un valore per la spesa per acquisti diretti fissato al 7,85 per cento (comprensivo dei Gas medicinali) -14,85 per cento il limite complessivo per tale spesa -, sono stati nuovamente rivisti dalla Legge di Bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021, n. 234 - *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilanciopluriennale per il triennio 2022-2024* - all'art. 1, comma 281). Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è stato rideterminato nel 15 per cento per l'anno 2022, nel 15,15 per cento nell'anno 2023 e nel 15,30 per cento a decorrere dall'anno 2024, ferma rimanendo la quota del 7 per cento per la spesa farmaceutica convenzionata.

Nell'esercizio 2023, pertanto, ai sensi della normativa vigente il tetto della spesa farmaceutica territoriale convenzionata rimane fissato al 7% del FSR, mentre quello della farmaceutica per acquisti diretti è elevato all'8,15 per cento - *ex 8.00 %*- del FSR (comprensivo del tetto acquisto diretto gas medicinali - *ATC V03AN* - pari allo 0,2%).

I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica). I vincoli fissati a livello regionale per il 2023 sono indicati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

### **6.2 Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva**

Saranno individuati specifici obiettivi per i prescrittori, sia in ambito territoriale che ospedaliero correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di privilegiare l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, nonché di favorire a livello territoriale la promozione dell'aderenza alle terapie croniche anche nell'ambito della medicina generale.

### **6.3 Appropriately prescrittiva – indicatori in ambito territoriale**

Per il 2023 si conferma l'indicatore di appropriatezza già presente nel 2021 e nel 2022 tratto dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018" redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa, un network di regioni a cui partecipa anche il Friuli Venezia Giulia, relativo alla

percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi. Si conferma, inoltre, il mantenimento dell'indicatore tratto dal rapporto OSMED di AIFA in tema di aderenza terapeutica al trattamento con farmaci antidiabetici.

#### **6.4 Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari**

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, ASUGI proseguirà l'azione di promozione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR, nel rispetto del quadro normativo definito dalla L. 232/2016 (art. 1 comma 407) che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. Tali azioni saranno rivolte a tutti gli ambiti assistenziali (specialistico-ospedaliero, territoriale e della continuità ospedale-territorio) nonché alle Strutture private accreditate.

#### **6.5 Gestione delle terapie con ormone della crescita**

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

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

L'azienda nel 2023 provvederà alla distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e all'erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale secondo le direttive regionali sia attraverso le proprie Strutture che le Strutture private accreditate convenzionate.

In tema di fornitura dei medicinali A-PHT tramite le farmacie convenzionate, ASUGI applica i contenuti dell'Accordo quadro regionale (ex DGR 12/2018 e successive proroghe e/o rinnovi) massimizzandone l'efficienza. Inoltre l'azienda realizza percorsi assistenziali appropriati nelle more dell'effettiva disponibilità in piattaforma dei medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC.

Nel corso del 2022, secondo le indicazioni della programmazione annuale regionale, gli Enti hanno attivato appositi tavoli multidisciplinari, anche con la collaborazione di ARCS laddove opportuno, per definire dei percorsi volti all'utilizzo dei medicinali con il miglior profilo costo—efficacia negli ambiti terapeutici a maggior impatto di spesa, quali ad esempio i farmaci ipoglicemizzanti e antitrombotici. Nel 2023 sarà data piena attuazione alle azioni concordate tra i professionisti e ne saranno monitorati gli esiti sulla base di indicatori definiti dal/i gruppo/i multidisciplinari. ASUGI garantisce la partecipazione.

#### **6.7 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica**

Nell'ambito degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) l'azienda continua a promuoverne l'implementazione con conseguente mantenimento di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale relativi al 2022 e precedenti ed in particolare:

- ai fini degli adempimenti LEA ministeriali mantenimento delle attività di inserimento, verifica e i controlli di congruenza dei flussi informativi (compresi quelli relativi ai centri di costo COVID) verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese per il tramite dei responsabili individuati per la tematica (integrale copertura

della fase 3/fase 2 per la distribuzione diretta, inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali - applicativo PSM;

- controllo periodico sulla coerenza dei centri di Costo (ospedaliera e diretta) - corretta implementazione dei centri di costo correlati all'emergenza COVID-19;
- mantenimento dell'implementazione dei registri di monitoraggio AIFA (registrazione di tutti i pazienti) nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. In coerenza con i chiarimenti AIFA di cui alla nota DCS prot. n. 19081/2022 sugli adempimenti relativi alla compilazione dei registri, la corretta e completa compilazione dei registri rappresenta requisito per la rimborsabilità.

## **6.8 Farmacovigilanza**

Continuano le progettualità di farmacovigilanza già avviate a livello regionale finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali avviate dalla DCS (CRFV) in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie (DGR DGR 435/2013, 2199/2014, 1365/2015 e Convenzioni 17/2017 e 18/2017). Il progetto pluriennale volto a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie e gli IRCCS viene prorogato di un anno per consentire la conclusione delle attività in linea con gli obiettivi prefissati.

Proseguono anche le varie progettualità finanziate da AIFA nell'ambito del programma di Farmacovigilanza attiva (accordi Stato regioni 2017 e 2019) sotto il coordinamento del Centro regionale di FV e in collaborazione con gli Enti del SSR. Nel corso del 2023 sarà avviato un progetto in collaborazione con gli IRCCS regionali su Farmacogenetica, Monitoraggio Terapeutico dei Farmaci (TDM) e Farmacovigilanza attiva in ambito oncologico.

Oltre a queste specifiche progettualità ASUGI continua ad assicurare le attività di Farmacovigilanza nel rispetto della normativa vigente secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV.

## **6.9 Assistenza integrativa**

Relativamente all'impiego dei dispositivi monouso e ad alto costo erogati a favore dei pazienti affetti da patologia diabetica, il prot. n. 23314 del 29/12/2011 e la DGR n. 303/2017 rappresentano ad oggi i documenti di riferimento quali linee d'indirizzo regionali. Tenuto conto dell'evoluzione della tecnologia e delle possibili ricadute di salute e dell'impatto economico associato all'utilizzo di tali presidi, si rende opportuno aggiornare i citati documenti. Nel 2023 ASUGI proseguirà, migliorandolo se necessario, il monitoraggio dell'appropriatezza d'uso e dei consumi dei dispositivi monouso, in particolare di quelli ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017, e di quelli ad alto costo erogati a favore dei pazienti affetti da patologia diabetica.

## **6.10 Vigilanza sui dispositivi medici**

Il Regolamento Europeo 745/2017 ed il Regolamento Europeo 746/2017 hanno riformulato il quadro normativo che regola i dispositivi medici. Quale elemento chiave per migliorare la salute e la sicurezza essi prevedono, tra l'altro, un rafforzamento delle norme che regolano gli aspetti della vigilanza.

In tema di vigilanza, il D.lgs. n. 137/2022 e il D.lgs. n. 138/2022, di adeguamento della normativa nazionale ai Regolamenti Europei, definiscono le azioni che gli operatori sanitari pubblici e privati devono porre in essere nell'esercizio della loro attività. Sulla materia trovano applicazione anche le disposizioni nel Decreto 31 marzo 2022, di "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della

stessa”.

Per consentire un’azione coordinata, tempestiva ed efficiente delle attività di dispositivo vigilanza in ambito regionale, è stata istituita una rete regionale di dispositivo-vigilanza (DGR 2040/2022). I responsabili locali della vigilanza sui dispositivi medici (RLV), individuati dalle direzioni aziendali, assicureranno la partecipazione ed il supporto alle attività ed alle iniziative della rete. Sarà inoltre garantita l’applicazione delle indicazioni ministeriali in materia (protocollo del Ministero della Salute n. 87235, del 29/11/2022 ed eventuali aggiornamenti).

## **7 ATTIVITÀ CENTRALIZZATE**

L’ ARCS svolge un ruolo di coordinamento a livello regionale.

## **8 SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY**

Le linee programmatiche per l’anno 2023 del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, oltre a tenere conto delle azioni approvate dalla Giunta Regionale con il “Programma Triennale 2023-2025 della Sanità Digitale”, sono dirette a garantire la conduzione ed evoluzione delle infrastrutture e dei servizi informatici a supporto delle funzioni sanitarie.

Di particolare impegno saranno le attività per l’attuazione degli investimenti sulla digitalizzazione del Servizio Sanitario Regionale imposta dal “Piano nazionale di ripresa e resilienza” (PNRR).

### **8.1 Linee PNRR**

### **8.2 Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato**

L’avviamento previsto a conclusione dell’anno 2022 del nuovo Sistema Informativo per la Gestione Amministrativo-Contabile Integrata in sostituzione di Ascotweb causa ritardi nel rilascio delle funzionalità da parte del fornitore ha subito uno slittamento al 2023, nel corso del primo trimestre del 2023 verrà definito in accordo con le aziende il nuovo cronoprogramma per gli avviamenti. ASUGI è azienda pilota e sperimenterà l’avvio del nuovo sistema assieme ad ARCS.

### **8.3 Piani terapeutici informatizzati**

In applicazione di quanto previsto dal DM 2 novembre 2011 (art. 1-bis), così come modificato dal DM 25 marzo 2020, l’Agenzia Italiana del Farmaco ha avviato l’iter per la dematerializzazione graduale di tutti i Piani terapeutici per i medicinali oggetto di tale modalità prescrittiva.

Al fine di garantire il rilascio dei PTE secondo quanto indicato dalla normativa vigente, nel corso del 2021 e 2022 gli applicativi regionali del PSM e Portale di Continuità della Cura sono stati integrati con il Sistema TS. Nel corso del 2023 è previsto l’avvio del PSM-PT presso le case di cura private accreditate sede di centri individuati alla redazione dei piani terapeutici per le varie categorie di farmaci, al fine di dotare le Aziende del SSR di un ulteriore strumento per il governo dell’appropriatezza e contenimento della spesa.

### **8.4 Privacy in Sanità**

Proseguono anche per l’anno 2023 le attività di supporto per l’attuazione del Regolamento UE 679/2016 e delle norme collegate negli enti del SSR che condividono lo stesso sistema informativo sanitario regionale.

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

## **8.5 Sicurezza informatica**

Proseguono anche per l'anno 2023 le attività di supporto per l'attuazione della Direttiva UE 2016/1148 recepita con d.lgs. 65/2018 e smi

## **8.6 PACS**

### **8.6.1 Continuità sistema PACS regionale**

A seguito della revoca della gara per il PACS regionale indetta da ARCS a valere sull'Accordo quadro Sanità digitale 2 di CONSIP e d'intesa con la DCS e con l'opportuno coinvolgimento di stakeholder istituzionali e scientifici già individuati, nonché con il coinvolgimento e il supporto delle risorse tecniche di ASUGI per il tramite dei referenti PACS aziendali, ARCS procederà con la definizione di uno scenario di continuità dei servizi del sistema PACS regionale per l'intero anno 2023 e per il quadriennio successivo.

### **8.6.2 Servizi collegati all'utilizzo del fascicolo sanitario per l'operatore clinico**

A seguito dell'avvenuta messa in servizio del fascicolo sanitario per l'operatore clinico e in continuità di quanto fatto nel 2022, INSIEL prosegue nella realizzazione di uno strumento prototipale in grado di consentire, nel rispetto del GDPR e nel contesto del nuovo scenario PACS regionale e della nuova cartella clinica, la condivisione e l'utilizzo di dati, referti e immagini da parte dei professionisti coinvolti nei percorsi sanitari "tempo dipendenti" di emergenza interaziendale.

### **8.6.3 Piattaforma di refertazione radiologica ai sensi del D. Lgs. 101/2020**

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

## **9 FLUSSI INFORMATIVI**

La corretta alimentazione dei flussi informativi è un elemento essenziale ed imprescindibile per il monitoraggio e la valutazione del sistema del SSR. È impegno e responsabilità di ASUGI assicurare la tempestiva e corretta alimentazione dei gestionali in uso per consentire a tutti i livelli di governance di disporre degli elementi di valutazione nonché di rispettare i debiti informativi ministeriali, sulla base dei quali le istituzioni esterne al sistema regionale valutano le performance del SSR e l'aderenza alle disposizioni normative.

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

## **10 GLI INVESTIMENTI**

### **10.1 Progettualità PNRR**

Con decreto del Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 sono state ripartite a favore dei soggetti attuatori Regioni e Province Autonome le risorse assegnate a valere sulla Missione 6 – Salute del “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” (PNRR) e a valere sul “Piano nazionale per gli Investimenti Complementari”, destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute.

La DGR n. 550 del 22 aprile 2022 “PNRR, Missione 6. Piano Operativo Regionale per il Friuli Venezia Giulia. Approvazione definitiva” ha approvato in via definitiva il documento “Piano operativo regionale” (POR), per quanto attiene agli interventi di cui alla Missione 6 del PNRR a titolarità del Ministero della Salute e la cui attuazione è competenza della Regione Friuli Venezia Giulia; il POR è stato sottoscritto dal Presidente della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia il 24 aprile 2022, caricato sul sito Agenas il 26 aprile 2022 e trasmesso al Ministero della salute con nota Prot. N. 0015058/P/GEN del 05 maggio 2022.

A informare il POR sono le Schede Intervento che rappresentano l’unità tecnica minima descrittiva del singolo progetto riconducibile all’interno della linea dell’intervento, contenente informazioni anagrafiche, finanziarie e modalità attuative; dette schede, per la parte investimenti, sono state compilate e sottoscritte, secondo quanto previsto dalle procedure nazionali per l’attuazione del PNRR, dai Responsabili Unici del Procedimento incaricati dagli Enti del Sistema sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia sulla piattaforma informatica dedicata resa disponibile sul sito di Agenas e sono state validate sulla medesima piattaforma dalla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità.

La deliberazione di Giunta regionale n. 750 del 24 maggio 2022 ha approvato il testo del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per il Friuli Venezia Giulia comprensivo del POR; il CIS è stato sottoscritto dal Presidente della Regione in data 27 maggio 2022 e dal Ministro della Salute in data 30 maggio 2022.

In relazione agli investimenti strutturali finanziati dal PNRR inseriti nel POR di cui ai seguenti paragrafi 10.1.2,

10.1.3 e 10.1.4 descritti in dettaglio nelle citate schede intervento, gli Enti del SSR rivestono il ruolo di soggetti attuatori esterni ai sensi dell’articolo 5, comma 6 dello schema di CIS e, attraverso la sottoscrizione della medesima scheda, hanno assunto congiuntamente e solidalmente con la Regione tutte le obbligazioni contenute nel CIS per la parte relativa all’intervento delegato per quanto attiene ai cronoprogrammi di attuazione e al rispetto delle condizionalità, delle milestones e target previsti.

#### **10.1.1 Monitoraggio delle misure PNRR**

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

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

attuazione di ciascun intervento afferente a tutte le linee di attività, inizializzate/in corso di inizializzazione all'interno del Sistema ReGiS.

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

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

### 10.1.2 Missione 6 Componente 2 – Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”

Nell'ambito dell'Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” del PNRR sono stati previsti interventi di adeguamento alla normativa antisismica delle strutture sanitarie e per le medesime finalità sono previsti nell'ambito del Fondo Complementare al PNRR di cui al Decreto MEF del 15 luglio 2021. Con delibera di generalità n. 1746 del 12 novembre 2021 sono stati individuati i seguenti interventi:

- P.O. CATTINARA: Realizzazione torre di collegamento - adeguamento edificio esistente
- P.O. CATTINARA: Realizzazione palazzina cosiddetta servizi, funzionale alle aree sanitarie

La copertura finanziaria dei due interventi presso il P.O. di Cattinara è parzialmente garantita con risorse già nella disponibilità del Soggetto Attuatore - Azienda sanitaria universitaria giuliano isontina (ASUGI) - nell'ambito del Programma straordinario per il settore degli investimenti sanitari, ex art. 20, Legge n. 67/1988, sottoscritto in data 12 marzo 2013 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, approvato con DPR n. 87 del 17/04/2013 - codice intervento 060.060913.H.002.01/02, ammesso a finanziamento con decreto ministeriale del 29/08/2014; con DGR n. 724 del 19 maggio 2022 si è provveduto alla ricognizione della copertura finanziaria complessiva degli interventi del PNRR M6 C2 I 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” da realizzare presso il PO di Cattinara. Il quadro degli interventi di cui alla Missione 6 Componente 2 – Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” è la seguente:

Soggetto attuatore	Intervento	Finanziamento PNRR	Finanziamento già disponibile	Totale
ASUGI	P.O. CATTINARA: Realizzazione torre di collegamento – adeguamento edificio esistente	PNRR 11.937.023,00	Art. 20 L 67/88 4.970.789,00	16.907.812,00
ASUGI	P.O. CATTINARA: Realizzazione palazzina cosiddetta servizi, funzionale alle aree sanitarie	PNC 8.864.703,00	Art. 20 L 67/88 7.435.296,40	16.300.000,00

ASUGI garantirà il rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

### 10.1.3 Missione 6 Componente 2 – Investimento 1.1.2 “Grandi apparecchiature sanitarie”

Nell'ambito del PNRR una linea di azione riguarda gli interventi finalizzati all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie per le apparecchiature che presentano un significativo grado di obsolescenza che rischia di compromettere l'efficienza del sistema (Missione 6 Componente 2 – Investimento 1.1.2 “Grandi apparecchiature sanitarie”).

Nel corso del mese di febbraio 2021, la Regione ha trasmesso al Ministero della Salute il piano dei fabbisogni individuato sulla base della ricognizione effettuata da ARCS nel quale sono state elencate le apparecchiature

individuare sulla base criteri oggettivi forniti dal Ministero della Salute, che tengono conto della vetustà maggiore di 5 anni e appartenenza a classi ad alto contenuto tecnologico. Il Ministero della Salute ha ammesso a finanziamento nell'ambito del PNRR la sostituzione di 10 apparecchiature individuate dal piano regionale:

<b>ENTE del SSR</b>	<b>ASUGI</b>
TAC	3
ACC. LIN.	-
SIST. RAD.	4
ANG.	1
G.C.	-
MAMM.	1
G.C./TAC	1
PET/TAC	-
Totale	10

ASUGI garantisce il rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

**10.1.4 Missione 6 Componente 1 – Investimento 1.1 “Case della comunità e presa in carico della persona”, Investimento 1.2.2 “Casa come primo luogo di cura e telemedicina – sub investimenti COT, interconnessione aziendale, Device”, Investimento 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità”**

Le schede di dettaglio di ciascun intervento compreso nel PNRR sono parte del Piano Operativo Regionale approvato con DGR 550/2022. ASUGI garantisce il rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

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

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

- l’attività di coordinamento per l’attuazione del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dal Servizio Tecnologie e Investimenti della Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità,
- l’attività di monitoraggio, controllo e controllo della rendicontazione circa gli interventi del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dalla S.S. Patrimonio regionale del SSR dell’Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), con un numero adeguato di personale sia con riferimento alle funzioni tecniche sia a quelle amministrative.
- ASUGI garantisce il rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

Questa ASUGI, con nota prot. GENASUGI - GEN - 2023 - 0031378 - P dd. 06/04/2023, ha comunicato alla Direzione Centrale Salute, ad integrazione e parziale rettifica della nota ASUGI 0122960-P dd. 29.12.2022, l'elenco aggiornato degli interventi di investimento edili impiantistici e per acquisizione di beni mobili e tecnologici compresi nel Programma Preliminare degli Investimenti in vigore, da realizzare con le risorse di cui alla DGR 1600/2022 per un importo totale pari ad Euro 21.277.709,31. Nello stesso elenco, come richiesto con nota DCS 0053830/P/GEN dd. 30.1.2023, sono stati dettagliati gli importi destinati alla realizzazione degli interventi di investimento di competenza ASUGI, nell'ambito del nuovo appalto regionale per la ristorazione, per l'allestimento dei Centri Satellite del Centro di Cottura Unico regionale, afferenti a risorse di cui alla citata DGR 1600/2022 ovvero a risorse finanziarie già disponibili a questo Ente.

Nello specifico, sono stati pertanto definiti gli importi appresso indicati, sulla scorta di quanto previsto da ARCS:

- interventi edili impiantistici, per complessivi € 601.129,70, a valere sulle risorse di cui alla DGR 1600/2022:

Centro Satellite Cottura di Cattinara: € 323.545,80

Adeguamento Centro Satellite Cottura - Cormons PO Gorizia: € 83.062,00

Adeguamento Centro Satellite Cottura - PO Monfalcone: € 194.521,90

- acquisti tecnico-economici, per complessivi € 461.160,00:

Attrezzaggio per Centro satellite Ospedale di Cattinara: € 183.000,00 - a valere sulle risorse di cui alla DGR 1600/2022

attrezzaggio dei Centri satellite presso l'area Isontina: € 278.160,00 - a valere su risorse finanziarie già disponibili ad ASUGI (ex AAS2).

## 11 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

### Relazione descrittiva manovra del personale 2023

#### **Il contesto di riferimento**

La manovra del personale 2023 si colloca nel contesto delineato dalle "Linee annuali per la gestione del S.S.R. anno 2023", adottate in via definitiva con D.G.R. n. 480 del 17.03.2023, dovendo quindi perseguire l'obiettivo di efficientamento dei costi, coerentemente con il mandato istituzionale dell'Azienda e con la programmazione regionale.

#### **Linee strategiche di attività**

La gestione delle risorse umane si pone necessariamente in continuità con gli esercizi precedenti, dovendo proseguire nell'applicazione del processo di **riordino organizzativo dell'assetto istituzionale del SSR**, come delineato dalla LR 17 dicembre 2018, n. 27, di cui nel 2022 sono state gettate le basi con l'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con Decreto n. 454 dd. 19.05.2022. Rientrano in tale processo le manovre di copertura delle strutture di nuova istituzione o comunque oggetto di riorganizzazione, mediante numerose procedure selettive o di ricollocazione applicative della normativa vigente, avviate nel 2022 e nei primi mesi del 2023, attualmente in via di conclusione.

Viepiù, le dinamiche del personale risentono ancora dell'**emergenza pandemica da covid-19**, che al momento presenta ancora delle ripercussioni su alcuni reparti ospedalieri e strutture territoriali che includono

servizi specificamente dedicati; inoltre, va segnalato che è ancora attivo un reparto di Pneumologia covid specificamente dedicato presso l'Ospedale di Cattinara, con impegno costante di personale medico, infermieristico e di supporto; si deve inoltre tener conto delle riorganizzazioni strutturali che necessariamente ne sono derivate in termini di nuova organizzazione di buona parte dei servizi, fattore che ha richiesto un potenziamento delle risorse umane dedicate.

Come prescritto dalle citate Linee 2023, si intende porre particolare attenzione al processo di **contenimento dei tempi e delle liste d'attesa**, seppure a fronte del venir meno delle disposizioni normative nazionali e dei relativi finanziamenti, che sino al 2022 derivavano dal combinato disposto di cui all'art. 29 del D.L. 104/2020, all'art. 26 c. 1 del D.L. 73/2021, all'art. 1 c. 276 della L. 234/2021. A tal fine, nell'ottica di un percorso di miglioramento continuo delle attività e di un più razionale utilizzo delle risorse, appare indispensabile il mantenimento in essere del personale che era stato reclutato nell'ambito dei modelli organizzativi delineati dalla citata normativa nazionale e, a livello regionale, dalle D.G.R. n. 106/22 e 365/22.

Si darà inoltre corso alle manovre funzionali agli **adempimenti previsti dal P.N.R.R.**, secondo l'evoluzione dei relativi percorsi che verrà dettata a livello nazionale e regionale; un tanto vedrà particolarmente coinvolti i servizi tecnici, per i quali è stata avviata un'attenta analisi dei fabbisogni, anche in termini di dotazione di personale.

Ai suddetti fini e tenendo presente i fabbisogni di personale correlati alle attività sanitarie di carattere ordinario, si è programmata la prosecuzione delle strategie avviate negli esercizi precedenti, pur temperate con l'esigenza di contenimento della spesa e di razionalizzazione delle risorse; per l'anno 2023, si darà corso alla sostituzione delle figure in uscita, laddove indispensabili al corretto funzionamento dei servizi ed alla garanzia di mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, a seguito di attenta e specifica analisi.

Un tanto porta alla dotazione di personale risultante dalle tabelle allegate, rappresentanti la proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni, con le motivazioni e considerazioni descritte a seguire.

### **Il personale reclutato in base alla normativa emergenziale**

Come noto, l'art. 4 commi 3 e 3-bis del D.L. 198/2022, convertito con modifiche dalla Legge n. 14/2023, ha prorogato la possibilità di conferire contratti di lavoro autonomo di cui al D.L. 18/2020 art. 2-bis comma 1 lettera a) e comma 3, rispettivamente a medici specializzandi e laureati/abilitati, sino al 31.12.2023.

Già in precedenza, l'art. 36, c. 4 bis, del D.L. n. 73/2022, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 4 agosto 2022, n. 122, aveva analogamente prorogato la conferibilità di incarichi di medesima tipologia a personale sanitario in quiescenza, ex art. 2-bis comma 5, anche in tal caso fino al 31.12.2023.

La suddetta evoluzione normativa esprimeva evidentemente l'esigenza di superare lo stato di emergenza e di tendere alla progressiva ripresa di tutte le attività in via ordinaria, facendo fronte all'ormai cronica carenza di personale sanitario di alcuni profili e discipline, che mette a rischio la continuità dell'attività assistenziale ed il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, procrastinando la possibilità di far ricorso alle forme straordinarie di reclutamento introdotte nella prima fase di emergenza pandemica, anche per esigenze non direttamente correlate alla stessa.

L'A.S.U.G.I. ha pertanto continuato ad avvalersi dei contratti di lavoro autonomo di cui al D.L. 18/20, quale misura tendente a mettere in sicurezza i servizi nei casi di acclarata difficoltà di reclutare personale sanitario in via ordinaria, attraverso lo scorrimento delle graduatorie di concorsi ed avvisi pubblici risultate insufficienti a coprire il fabbisogno. Un tanto è avvenuto sia mediante proroga di una parte dei contratti stipulati in precedenza, sia con l'attivazione di alcuni nuovi rapporti in base a specifici bandi indetti dall'A.S.U.G.I. Tali forme di reclutamento vengono comunque utilizzate sempre in subordine a quelle ordinarie e comporteranno nel 2023 un costo sensibilmente minore rispetto agli esercizi precedenti, come palesato nelle allegate tabelle di monitoraggio.

## I costi del personale

Si rileva che le "Linee annuali per la gestione del S.S.R. anno 2023" hanno ridefinito il tetto di spesa assegnato all'A.S.U.G.I., fissato ora in **€ 262.108.146,02**.

Come definito dalle citate Linee, nel computo della spesa di personale, costruita secondo gli indirizzi contenuti nella DGR 1473/2020, al fine del rispetto del suddetto vincolo economico non rientrano i costi relativi:

- all'incremento dei fondi per il trattamento accessorio dei dirigenti sanitari di cui all'art. 1 c. 435 L. 205/2017 per il quale è stata prevista apposita linea sovraziendale;
- all'applicazione dell'art.1, comma 330, della L. 31.12.2022, n. 197 "emolumento accessorio una tantum";
- all'incremento dell'indennità di esclusività nell'importo certificato in occasione del consolidamento degli atti relativi al controllo annuale degli enti del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2021 di cui alla DGR 1492 del 14.10.2022 (l'importo certificato per l'A.S.U.G.I. ammonta a € 3.220.176,63).

Al contrario, rientrano nel tetto di spesa del personale i costi relativi a:

- conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale in quiescenza ai sensi dell'art. 2-bis comma 5 del D.L. 18/2020, ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali ai sensi dell'art.2-bis comma 3 del DL 18/2020, ai medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di specializzazione ai sensi dell'art. 1 c. 268 lett. a) della L. 234/2021;
- acquisizione di personale ai sensi dell'art. 6-bis, comma 1, D.L. n.105/2021;
- acquisizione di personale ai sensi dell'art. 34 del D.L. 21/2022.

Si precisa che, nella compilazione delle tabelle regionali di monitoraggio del tetto di spesa, sono stati portati in detrazione, nella riga appositamente dedicata, i costi di personale specificamente finanziato da Enti pubblici e privati, riconducibili alle seguenti progettualità ed attività:

- Fondo prof. Carrara da utilizzare nell'ambito della cura ed assistenza ai malati oncologici;
- Protocollo per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica odontoiatrica in area a pagamento;
- Fondi "Lascito Cominotti" e "Quote inutilizzate di contributi vincolati – Sperimentazioni" (Ematologia);
- Personale finanziato dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità nell'ambito del "Centro collaboratore italiano OMS per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali";
- Progetto "Quality Autism Network - Reti per la qualità di vita dell'autismo";
- Progetto PHAIT (Physical Health Autism In Transition);
- Progetto Passi d'argento;
- Piano Regionale di attività 2021-2023, per la gestione del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze, istituito ai sensi della Legge n.178/2020;
- Personale finanziato Area Welfare;
- Personale finanziato nell'ambito della Convenzione tra la Regione F.V.G. e l'A.S.U.G.I. per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della D.G.R. 2429/15 e degli ulteriori strumenti a supporto dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità;
- Personale finanziato nell'ambito della Convenzione tra la Regione F.V.G. e l'A.S.U.G.I. per la prosecuzione della "Rete per la lingua slovena nella P.A. del Friuli Venezia Giulia", ai sensi degli articoli 19 e 19 bis della legge regionale 16 novembre 2007, n. 26;

- Personale Disturbi Comportamento Alimentare – Autismo (Linea 10 Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione);
- Personale Progetto Odontoiatria pubblica (Linea 6 Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione);
- Personale Progetto “My Pebs” (Linea 42 Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione);
- “Programma regionale 2019-20 Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA).

Le predette Linee per la gestione precisano che, nel caso di attivazione di funzioni in precedenza non previste per le quali sia richiesto personale ad hoc, il tetto di spesa potrà essere incrementato, per le figure professionali da acquisire, sulla base degli stipendi tabellari e della quota media aziendale 2018 per il trattamento accessorio.

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

A seguito dell’applicazione dei suddetti criteri, il Bilancio di previsione 2023 evidenzia in proiezione uno sfioramento rispetto al tetto di spesa sopra richiamato, come evidenziato nell’allegata tabella di monitoraggio. Un tanto consegue evidentemente, in via principale, alla mancata detrazione dal computo del tetto di spesa dei costi sostenuti per il personale inizialmente reclutato per l’emergenza pandemica, come invece avveniva negli esercizi precedenti, nei quali era stato certificato un ampio rispetto del vincolo di spesa definito dalla programmazione regionale.

Appare utile sottolineare come il personale reclutato per l’emergenza è quello sul quale si registrano i maggiori incrementi nella dotazione organica odierna, rispetto a quella precedente alla pandemia; si segnala in particolare che, come evidenziato dalle tabelle allegate, al 31.12.2022 erano ancora presenti i seguenti profili professionali a suo tempo reclutati per l’emergenza:

37 Dirigenti medici  
 2 Dirigenti biologi  
 2 Dirigenti farmacisti  
 243 Infermieri  
 6 Assistenti sanitari  
 27 Tecnici di laboratorio  
 103 Operatori Socio Sanitari.

Le suddette figure sono ormai da considerarsi fondamentali per i servizi sanitari coinvolti, in considerazione della riorganizzazione di buona parte dei servizi a seguito della pandemia e delle correlate misure assistenziali e di prevenzione, dell’incremento di attività registrato per il recupero delle prestazioni ordinarie sospese o rallentate nel periodo emergenziale, per nuovi progetti e attività.

Del resto, anche la normativa nazionale ha delineato una strategia finalizzata alla stabilizzazione del personale in questione, proprio al fine di “*rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d’attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l’emergenza da COVID-19*” (art. 1 c. 268 L. 234/21 e s.m. e i.).

Visto il suddetto contesto e l’ineludibile necessità di garantire il corretto funzionamento dei servizi ed il mantenimento dei L.E.A., anche tenendo conto del piano ferie estivo, viene quindi programmato nell’ambito della proposta di P.T.F.P. un piano di rientro nel vincolo economico, al fine di tornare all’interno della soglia nell’esercizio 2024, come da allegata tabella di monitoraggio.

## **Giustificativi relativamente allo sfioramento dal tetto di spesa**

Come previsto dalla nota prot. 18008 dd. 10.05.2023, si rappresenta di seguito l'avvenuta **attivazione di nuovi servizi previsti dalla programmazione regionale**, con quantificazione del personale impiegato e dei relativi costi, al fine dell'inserimento tra le voci oggetto di detrazione, nelle more della valutazione di eventuale incremento del tetto di spesa:

- Attivazione delle "Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza" (R.E.M.S.): a tal fine sono stati assunti nel 2023 6 infermieri e 6 Operatori Socio Sanitari, per un costo complessivo stimato in **€ 430.000,00**;
- Avvio della rete delle Cure Palliative: nel contesto dell'attivazione delle due S.C. "Rete Cure Palliative e Hospice" rispettivamente di Area Giuliana ed isontina, sono stati assegnati o sono in via di assegnazione 5 medici e 2 infermieri, il cui costo è stimato in **€ 484.000,00**.

A tal proposito, ci si riserva di rappresentare nei successivi atti di programmazione e monitoraggio altre funzioni e servizi recentemente introdotti o in fase di avvio.

Inoltre, viene ribadita l'opportunità di tener conto, quali giustificativi dello sfioramento dal tetto, le linee strategiche di attività di seguito esplicitate, e relative voci di costo.

Come disposto dalle citate Linee 2023, va incisivamente implementato il processo di **contenimento dei tempi e delle liste d'attesa** avviato nel 2022 con l'adozione del piano regionale applicativo della normativa nazionale di cui all'art. 29 del D.L. 104/2020, all'art. 26 c. 1 del D.L. 73/2021, all'art. 1 c. 276 della L. 234/2021. A tal fine, risulta indispensabile il mantenimento in essere del personale che era stato reclutato nel 2022 nell'ambito del "Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa" di cui alle D.G.R. n. 106/22 e 365/22. Per il personale già reclutato in tale contesto (Dirigenti medici, Infermieri, tecnici di laboratorio e di radiologia) l'A.S.U.G.I. sosterrà nell'esercizio in corso **€ 2.026.467,74**.

Un altro aspetto da evidenziare riguarda l'applicazione dell'art. 11 c. 2.9 del Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, l'Università degli Studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca di cui alla D.G.R. 1608/2021. Tale disposizione prevede che gli oneri relativi alla retribuzione del **personale sanitario già inserito nella dotazione organica degli enti del SSR** che dovesse essere **reclutato al ruolo della docenza universitaria**, possono permanere a carico dei predetti enti, previa stipula di apposita convenzione Azienda/Università ex articolo 18, comma 3, della legge 240/2010 ed acquisito il preventivo nulla osta della Regione. L'applicazione di tale clausola comporta per l'A.S.U.G.I. un costo aggiuntivo per l'anno 2023 pari a **€ 676.043,00**, rispetto all'ordinaria applicazione della normativa in materia di personale universitario messo a disposizione ai fini assistenziali.

Si rimarca inoltre che al suddetto superamento del tetto di spesa concorrono al momento anche le **Prestazioni Aggiuntive ex L.R. 8/2022**, riportate nei costi del personale per **€ 1.970.583,70**.

Al fine di perseguire un rientro rispetto al citato vincolo economico, in corso d'anno verranno evidentemente valutate con attenzione le nuove assunzioni, soppesando severamente anche le acquisizioni compensative di uscite di personale, prendendo in considerazione ogni possibile riorganizzazione di attività.

Inoltre, va sottolineato che l'Azienda ha attivato una procedura di costante monitoraggio dei costi e della Dotazione Organica, proprio al fine di tenere sotto controllo la spesa e modulare le manovre assuntive in coerenza con la programmazione e con i vincoli regionali.

## **Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale**

Si premette che, con Decreto n. 604 dd. 15.07.2022, è stato adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2022–24, ai sensi dell'art. 6 e 6ter del D.Lgs. 165/01 e s.m. e i. e delle Linee guida di cui al D.P.C.M. 8.05.2018, a seguito dell'approvazione regionale di cui al Decreto n. 1700/SPS dd. 30.06.2021.

In seguito, nell'ambito del "Rendiconto economico infrannuale al 30.09.2022 e proiezione annua", adottato dall'A.S.U.G.I. con Decreto n. 932 dd. 31.10.2022, in ossequio alle indicazioni regionali per la redazione del rendiconto stesso, è stata presentata una rimodulazione del P.T.F.P., verificato in ogni caso il rispetto del tetto di spesa per il 2022, come definito dalle citate Linee regionali. Detta rimodulazione ha portato ad un Piano Triennale, al momento vigente, che consta di complessive 6.432 unità di personale dipendente. Si precisa che tale quantificazione include anche il personale in utilizzo presso la Direzione Centrale Salute, i comandati verso altre Amministrazioni, il personale in aspettativa o comunque assente a vario titolo.

Tenendo conto del descritto contesto, la manovra è stata programmata mirando a garantire il personale indispensabile al funzionamento dei servizi sanitari ed al rispetto dei L.E.A., procedendo primariamente al completamento della manovra 2022, per quanto attiene alle assunzioni già programmate e riconducibili in massima parte alla sostituzione di cessazioni avvenute nell'anno stesso o nel precedente. Si ribadisce che le azioni di competenza del 2023, connesse alle dinamiche del personale che si verificheranno in corso di esercizio, avverranno a seguito di attenta valutazione ed in coerenza con il nuovo Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (2022-24) che varrà adottato nel rispetto delle indicazioni regionali.

La dotazione di personale programmata in proiezione per l'anno in corso e per i due successivi, viene analiticamente rappresentata nelle allegate tabelle, impostate sui modelli di cui ai Piani Triennali dei Fabbisogni.

Nell'ottica di garantire il corretto assolvimento dei servizi sanitari ed il mantenimento dei L.E.A., si ritiene imprescindibile mantenere come obiettivo di chiusura del 2023 la soglia di 6.432 unità approvata dalla Direzione Centrale quale rimodulazione del P.T.F.P. in sede di III rendiconto 2022, come sopra ricordato.

La dotazione rappresentata potrà essere oggetto di revisione quali-quantitativa, in relazione alle esigenze dei servizi ed alle dinamiche del personale in entrata e in uscita, fermo restando il saldo complessivo finale.

La dotazione prevista a fine anno è in primis dovuta al mantenimento in essere dei contratti inizialmente stipulati per l'emergenza da covid 19 di cui si è già relazionato nel capitolo sui costi del personale.

L'incremento risente inoltre di alcune manovre particolarmente strategiche, in particolare inerenti:

- la figura dell'infermiere, per la quale, con Decreto A.S.U.G.I. n. 314 dd. 07.04.2023 si è determinato di avviare un proprio concorso pubblico, la cui graduatoria verrà utilizzata in aggiunta a quella dell'A.R.C.S., al fine di perseguire il massimo risultato possibile in termini di reclutamento di tale figura professionale fondamentale per il funzionamento dei servizi, che presenta come noto una notevole instabilità vista la grande richiesta su tutto il profilo nazionale, che determina un gran numero di uscite, come si sta verificando anche nell'anno in corso;
- la figura dell'Operatore Socio Sanitario, che ha registrato un sensibile incremento al fine di sopperire alla carenza di altri profili professionali deputati all'assistenza, nonché all'uscita di numerose unità appartenenti a professioni ad esaurimento, quali ad esempio l'OTA, l'Ausiliario e l'infermiere generico e psichiatrico.

## **Regole assunzionali per il personale amministrativo**

Come disciplinato dalle Linee 2023, relativamente al personale dirigente e del comparto del ruolo amministrativo, le assunzioni sono consentite esclusivamente con rapporto di lavoro subordinato per la

sostituzione di personale cessato e per la copertura della quota d'obbligo ex legge 68/1999. E' consentito, inoltre, il completamento della manovra assunzionale relativa all'anno 2022 come approvata dalla Direzione centrale competente in materia di salute.

Sono ammesse, altresì, le acquisizioni tramite mobilità, comandi o convenzioni tra enti del SSR.

Al di fuori delle fattispecie di cui sopra, l'acquisizione di personale amministrativo è soggetta alla preventiva autorizzazione della Direzione centrale competente in materia di salute. Una volta acquisita l'autorizzazione, le unità di personale accordate potranno essere inserite quale aggiornamento del PTFP in occasione dei rendiconti infrannuali.

Relativamente a quanto sopra, si ritiene che nel novero del personale cessato, oggetto di possibile sostituzione, debbano considerarsi incluse le cessazioni di personale somministrato, limitatamente ai casi in cui detto personale sia stato precedentemente reclutato per la copertura di posti vacanti ed in assenza di graduatorie concorsuali. Un tanto appare congruo tenuto conto che il personale interinale rientra a tutti gli effetti nel computo del tetto di spesa e nel Piano Triennale dei Fabbisogni. Tale criterio permetterebbe tra l'altro un ulteriore abbattimento della dotazione di personale attualmente in somministrazione, considerando coloro che sono utilmente collocati nelle graduatorie aziendali e regionali vigenti.

### **Regole assunzionali per i rapporti di lavoro flessibile**

Le Linee per la Gestione prescrivono che il numero massimo di contratti a tempo determinato e di contratti di somministrazione a tempo determinato non può superare il tetto annuale del 20% del personale a tempo indeterminato in servizio al 1° gennaio dell'anno di assunzione, con arrotondamento dei decimali all'unità superiore qualora esso sia uguale o superiore a 0,5.

Come attestato dalle tabelle di monitoraggio allegate, l'A.S.U.G.I. presenta il pieno rispetto di tale vincolo complessivo sui rapporti flessibili.

In ogni caso, anche qualora il numero di contratti a tempo determinato/somministrazione risulti inferiore al predetto limite, nell'anno 2023 il costo del **personale somministrato**, sanitario e non sanitario, non può eccedere i valori indicati dalle medesime Linee, che per l'A.S.U.G.I. definiscono un vincolo pari a € 1.450.113.

Si rimarca che l'Azienda ha realizzato un sensibile decremento del personale somministrato, che al 31.12.2021 registrava 176 unità, al 31.12.2022 era sceso a 124 ed al 31.03.2023 a 108 unità. In corso d'anno è stata in ogni caso programmata un'ulteriore riduzione, come evidenziato nelle tabelle allegate del P.T.F.P.

A tal proposito, dalla proiezione dei costi sostenuti fino alla scadenza contrattuale vigente (31.05.2023) si evince il rispetto del suddetto vincolo, tenendo conto del personale somministrato remunerato da specifici finanziamenti progettuali, che non rientra nel vincolo.

Ferma restando l'esigenza di addivenire ad un ulteriore netto calo del personale somministrato, alla scadenza attualmente prevista si valuterà la proroga dei soli contratti che si renderà indispensabile prorogare al fine della puntuale funzionalità dei servizi di supporto, con particolare attenzione a quelli tecnico-economici per i quali continuassero a risultare insufficienti le graduatorie concorsuali.

### **Stato di realizzazione delle procedure di stabilizzazione ex D.Lgs. 75/17 e s.m. e i.**

Negli esercizi precedenti erano state realizzate le procedure di stabilizzazione di cui al **D.Lgs. 75/17 e s.m. e i.**, come ampiamente illustrato nei rendiconti dell'anno 2022.

Si rappresenta che la recente evoluzione normativa è intervenuta sulle stabilizzazioni di cui alla L. 234/21 e s.m. e i., di cui si relaziona nel successivo paragrafo, lasciando invece inalterato il termine di riferimento per il calcolo della maturazione del requisito temporale al 31.12.2022.

Per quanto riguarda il personale avente maturato i requisiti entro il predetto termine, l'A.S.U.G.I. ha proceduto alla stabilizzazione d'ufficio, con determina n. 126 dd 27.01.2023, dei seguenti profili:

- 1 Dirigente architetto
- 1 Dirigente psicologo
- 2 Infermieri
- 1 Tecnico audiometrista

1 Operatore Socio Sanitario.

Attualmente sono in fase di verifica le manifestazioni di interesse presentate a seguito dell'emanazione della Circolare emanata nel mese di febbraio del corrente anno, quale invito a presentare le manifestazioni d'interesse rivolto ai dipendenti eventualmente rimasti esclusi dalla rilevazione d'ufficio nonché al personale non più dipendente di A.S.U.G.I.

Per quanto riguarda il comma 2, la normativa ha traslato al 31.12.2024 sia la possibilità di indire procedure concorsuali riservate che la data di maturazione del requisito.

Vista la mancata proroga della normativa e considerate le procedure già concluse, non è stato indicato nelle allegate tabelle alcun dipendente in possesso dei requisiti riferito all'anno 2023.

### **Procedure di stabilizzazione ex art. 1 c. 268 L. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022)**

La procedura di stabilizzazione introdotta dalla Legge di Bilancio 2022 (art. 1 c. 268 lettera b) della L. 234/2021) è stata inizialmente concepita come aggiuntiva ed ulteriore rispetto a quella disciplinata dai commi 1 e 2 dell'articolo 20 del D.Lgs 75/2017.

In applicazione della normativa in questione, la Regione Friuli Venezia Giulia, con Delibera della Giunta Regionale n. 1209 dd. 26.08.2022 e con la nota prot. n. 0094668/P dd. 10.08.2022, ha definito i criteri di priorità per dette procedure, disponendo tra l'altro che *"Le assunzioni a tempo indeterminato di cui trattasi devono avvenire in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale e nell'ambito dei vincoli di spesa stabiliti annualmente dalla Giunta Regionale"*.

Pertanto, con Determinazione n. 422 dd. 31.03.2023 l'Azienda ha proceduto alla stabilizzazione delle seguenti figure, che erano emerse a seguito dell'applicazione delle procedure previste dalle citate indicazioni regionali e che risultavano in possesso dei requisiti e rientranti nel vigente P.T.F.P.:

1 Dirigente biologo

4 Infermieri.

Detto provvedimento ha rimandato la valutazione della posizione di altre professionalità, nelle more dell'approvazione del nuovo P.T.F.P.

Come noto, il D.L. 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14, ha introdotto rilevanti modifiche al campo di applicazione della normativa in questione ed ha procrastinato la data di termine per il computo dei requisiti al 31.12.2023.

Pertanto, nella tabella allegata vengono rappresentate le figure professionali che rientrano nella suddetta normativa con maturazione dei requisiti nel 2023, come risultanti da rilevazione d'ufficio sugli attuali dipendenti, con indicazione del relativo costo.

In corso d'anno verranno evidentemente esperite le dovute valutazioni in merito al rientro del personale coinvolto nel P.T.F.P. e verranno pubblicati gli avvisi di manifestazione di interesse, ai sensi delle indicazioni regionali sopra citate.

### **I fondi contrattuali**

In coerenza con quanto previsto in materia di fondi contrattuali dalle Linee annuali per la gestione del SSR – anno 2023, di cui alla DGR 480 dd. 17.03.2023, l'Azienda ha provveduto con decreto n. 272 dd. 30.03.2023 alla costituzione annuale, con atto formale, dei fondi contrattuali del personale dipendente.

Il provvedimento è stato trasmesso con nota Prot. N° 7068 dd. 11.04.2023 al Collegio Sindacale, per la relativa certificazione, ai sensi dell'art. 40-bis, c. 1 del D.Lgs.165/2001 e s.m. e i.

D.L. 35/2019, art. 11, comma 1, convertito in L.60/2019. Incremento fondi per il trattamento accessorio.

Si riporta di seguito il valore di incremento dei fondi contrattuali 2023, quantificato prudenzialmente, in via provvisoria, sulla base degli elementi attualmente noti, tenuto conto di quanto previsto dal citato D.L. 35/2019.

Comparto:

incremento fondi: € 1.612.913,74

oneri: € 459.680,42

IRAP: € 137.097,67

Dirigenza Area Sanità:

incremento fondi: € 1.642.811,98

oneri: € 418.917,05

IRAP: € 139.639,02

Dirigenza PTA:

incremento fondi: 0,00

Costo complessivo: € 4.411.059,87

In considerazione dei limiti imposti dalle Linee di gestione, non si è provveduto alla relativa imputazione del costo a bilancio.

### **Prestazioni Aggiuntive L.R. 8/2022**

Si riporta, di seguito, la quantificazione del fabbisogno 2023 per l'acquisto di prestazioni aggiuntive a tariffa maggiorata, di cui all'art. 128, comma 5 L.R. 8/2022 del personale medico, compresi gli anestesisti, ed infermieristico, operante nei servizi di emergenza-urgenza, quantificato sulla base degli elementi attualmente noti ed in applicazione delle indicazioni fornite dalla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, di cui alle note Prot. N° 33372 dd. 16.06.2022 e Prot. N° 187381 dd. 17.10.2022.

Struttura	Dirigenti medici			Infermieri		
	unità di personale	totale ore	importo	unità di personale	totale ore	importo
PS TRIESTE	115	11165	1.116.500,00	287	11348	567.400,00
PS GOMO						
118 TS						
118 GOMO						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE I e II LIVELLO						
		totale	1.116.500,00			567.400,00
		IRAP	94.902,50			191.781,20
		<b>costo complessivo</b>	<b>1.211.402,50</b>			<b>759.181,20</b>

Il costo complessivo è pari a € 1.970.583,70

### **La Formazione**

#### **Premessa**

L'Azienda promuove la Formazione quale leva strategica nella gestione del personale e strumento fondamentale per la valorizzazione del proprio capitale intellettuale, in linea con quanto previsto sia dalle norme ordinarie nazionali (D.Lgs 165/2001, D.Lgs 502/92, Contratti Nazionali di lavoro delle diverse aree contrattuali che sono presenti in Azienda), regionali (L.R. n.27 dd. 17.12.2018) e direttive aziendali. La formazione aziendale assume una funzione fondamentale che si esplica nella lettura dei fabbisogni formativi e nella loro concretizzazione in progetti di formazione con l'obiettivo di implementare processi di apprendimento e sviluppo delle competenze dei professionisti tesi al miglioramento degli outcomes gestionali e clinico-assistenziali, in coerenza con la strategia aziendale.

## **Formazione strategica 2023**

### ***Percorso di Accreditamento all'eccellenza Accreditation Canada 2021-2023***

Nel 2023 ASUGI sarà sottoposta sia alla visita per il rinnovo dell'Accreditamento istituzionale che a quella per l'Accreditamento all'eccellenza con Accreditation Canada.

In continuità con l'anno precedente, proseguiranno i corsi di Formazione sul campo (Gruppi di miglioramento/lavoro/studio). Alla luce dell'autovalutazione degli standard di accreditamento da parte dei componenti dei team di autovalutazione fatta nel 2022, i partecipanti implementeranno le necessarie attività di miglioramento e prepareranno i propri team alle visite.

Sul fronte della sicurezza delle cure, proseguirà la formazione dedicata ai link professional, che verterà sulle diverse linee di attività previste dalla rete regionale Cure Sicure e dagli standard di accreditamento.

Verrà infine rivista la politica della formazione obbligatoria in ASUGI e, di conseguenza, organizzata l'attività formativa dedicata al personale neoassunto, in collaborazione con le diverse Strutture coinvolte nel processo.

### ***La formazione in tema di sicurezza informatica e protezione dei dati***

Come riportato da AgID, "La sicurezza dei servizi digitali della Pubblica Amministrazione è un aspetto cruciale per il funzionamento del sistema Paese. Negli ultimi anni, la minaccia cibernetica è notevolmente cresciuta in quantità e qualità. L'esigenza per la PA di contrastare tali minacce è diventata quindi un'esigenza fondamentale in quanto garantisce non solo la disponibilità, l'integrità e la riservatezza delle informazioni proprie del sistema informativo della Pubblica Amministrazione, ma è il presupposto per la protezione dei dati che ha come conseguenza diretta l'aumento della fiducia nei servizi digitali erogati dalla PA".

Le minacce agli ospedali, tuttavia, non si limitano ad azioni dolose in termini di causa scatenante. Anche gli errori umani svolgono un ruolo importante. L'interconnessione del mondo odierno non rende possibile ottenere la privacy del paziente senza la sicurezza delle informazioni che, in gran parte, sono gestite in formato elettronico e devono essere protette in tutte le fasi del ciclo di vita: quando vengono create, ricevute, trasmesse, mantenute e distrutte.

I rischi derivanti da tali minacce e dalle corrispondenti vulnerabilità sono tipicamente mitigati da una combinazione di misure di sicurezza tecniche e organizzative adottate. Oltre alla conformità a standard di settore, tra le misure organizzative particolarmente rilevanti risultano la formazione e la sensibilizzazione del personale con frequenti aggiornamenti rispetto a tematiche di sicurezza informatica (*c.d. cybersecurity training and awareness*). Tali misure sono finalizzate, da un lato, a rendere la struttura una solida organizzazione attraverso la diffusione di consapevolezza e di linee guida e buone pratiche; dall'altro, a prevenire lo sfruttamento di vulnerabilità interne e/o esterne da parte delle minacce informatiche. La protezione delle informazioni è una responsabilità condivisa da tutti all'interno di un'organizzazione che si estende agli utenti finali di ogni tipologia (stagisti, volontari, consulenti, appaltatori, ricercatori etc). Le garanzie tecnologiche da sole non possono rendere sicura un'organizzazione ed i dipendenti consapevoli possono contribuire a ridurre i rischi. Esempio paradigmatico è costituito dal c.d. social engineering, tecnica di riferimento per gli attacchi nel contesto sanitario. Le persone sono considerate un anello particolarmente debole nella catena di sicurezza di un'organizzazione, non essendo queste spesso consapevoli delle buone pratiche in materia di cybersecurity.

Nel 2023 si intende avviare iniziative formative specifiche, suddivise per aree tematiche, al fine di implementare una cultura diffusa della cybersecurity mediante lo sviluppo di conoscenze del quadro normativo nazionale, delle principali minacce cibernetiche e dei regolamenti aziendali in un'ottica di sviluppo verso lo standard di qualità ISO 27001 che definisce i requisiti per un Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni.

### **Formazione sulle infezioni ospedaliere**

Il Piano della Formazione Regionale (Decreto n. 5102/GRFVG dd 28.06.2022) contiene una sezione sul "Piano della formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR" che prevede la formazione specifica sulle tematiche relative alle infezioni ospedaliere in attuazione agli interventi previsti dalla Missione 6 del PNRR. Per la Regione FVG è prevista la formazione di un target di 7537 dipendenti per gli anni 2023-2026. Il target definito per ASUGI è stabilito in 2396 dipendenti afferenti alle strutture ospedaliere.

La formazione specifica sulle tematiche delle infezioni ospedaliere rientra nella formazione obbligatoria per i dipendenti e sarà suddivisa in 3 moduli di 14 ore complessive:

- MODULO A - Modulo di base teorico generale di 6 ore, propedeutico ai corsi B e C. Percorso FAD Regionale che fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere

- MODULO B - Modulo di approfondimento pratico di 4 ore (suddiviso in 3 aree specifiche: area medica, area chirurgica e area dei servizi) che si propone di favorire l'acquisizione di abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese nel modulo teorico A.

- MODULO C - Modulo di 4 ore sul programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere mirato all'approfondimento dei processi di prevenzione e controllo delle infezioni nei diversi setting assistenziali (area medica, area chirurgica, terapie intensive, pronto soccorso etc.)

Sarà previsto un ulteriore modulo specialistico (MODULO D) riservato agli operatori del CC-ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi).

### **Ottimizzazione dei processi attraverso il modello Lean**

Il percorso formativo "Lean Organization, ottimizzare i processi nella formazione" ha avuto il duplice obiettivo di:

- 1) offrire una formazione sul campo agli operatori del Servizio di Formazione rispetto ai principi e agli strumenti del Lean Management
- 2) ripensare il processo di Progettazione del Centro di Formazione aziendale ASUGI.

Il percorso, costituito da 15 ore di formazione sul campo nel 2022, prevede una continuazione nell'anno 2023 e una estensione ad altre strutture, con particolare riferimento ai processi trasversali e anche in ambito tecnico-amministrativo, sulla base del programma definito dalla Direzione aziendale.

Nell'ambito della Formazione la prima fase del progetto si è articolata attraverso una introduzione teorica al Lean Management che ha compreso una contestualizzazione storica di questa modalità gestionale, le sue diverse interpretazioni nella Pubblica Amministrazione e, soprattutto, un approfondimento dei principi guida Lean attorno ai quali si è sviluppata la successiva attività cooperativa di costruzione di una Value Stream Map.

L'introduzione teorica ha prodotto un background condiviso dai partecipanti, che ha consentito l'esercizio del Lean Thinking e la pratica della riflessione sul rapporto tra il concetto di "valore" e il flusso delle attività aziendali: analizzare le attività, i processi, i prodotti e i servizi. Successivamente si è costruita la mappa di processo in cui sono stati descritti i processi (serie di attività che trasformano un input in un output) essenziali della progettazione come sono attualmente praticati. Questa mappa viene utilizzata, in una fase successiva, per identificare quali attività sono a valore aggiunto e quali sono sprechi (Muda)

Per la costruzione della mappa di processo si è ritenuto opportuno costituire due gruppi di lavoro distinti: un gruppo di progettazione "generale" e un gruppo di progettazione emergenza/sicurezza" in quanto quest'ultimo è caratterizzato dalla specificità di gestire pluri-edizioni di corsi formativi, per lo più obbligatori. A completamento del percorso formativo (che sarà realizzato nel 2023) sarà elaborato e testato il processo di progettazione della formazione, ridefinito e sviluppato nell'ottica della riduzione degli sprechi e miglioramento del servizio.

## **Obiettivi di miglioramento del sistema formazione ASUGI**

### ***Rinnovo dell'accreditamento Certificazione di qualità ISO 9001-2015***

Il 2 marzo 2023 si è svolta la visita di ricertificazione ISO 9001-2015 del Provider ASUGI. Gli obiettivi dell'Audit erano:

- La valutazione della conformità del sistema di Gestione ai requisiti normativi, nonché la sua capacità di garantire il rispetto degli ulteriori requisiti applicabili, di natura cogente e contrattuale,
- L'accertamento dell'efficacia del Sistema di Gestione, nel garantire che il Provider ASUGI sia ragionevolmente in grado di conseguire gli obiettivi definiti;
- L'identificazione delle aree di potenziale miglioramento del Sistema di Gestione.

L'Audit ha avuto esito positivo ed è stato condotto con il metodo del campionamento, utilizzando tecniche quali interviste, osservazioni dirette di attività e riesame dei documenti e delle registrazioni.

### ***Nuovo applicativo gestionale per la formazione***

Dal 1 gennaio 2022 il Provider ASUGI ha iniziato ad utilizzare il nuovo gestionale della formazione TOM (Training Online Management) che consente di pervenire ad una maggiore automatizzazione delle attività e ad un efficientamento dei processi (quali l'analisi del fabbisogno formativo, la rilevazione delle ricadute formative, la gestione della formazione fuori sede, la notifica degli avvisi, le iscrizioni on-line, la trasmissione telematica di documenti alle varie figure interessate e la produzione della documentazione necessaria alle rilevazioni statistiche). Le caratteristiche e potenzialità del nuovo gestionale prevedono un significativo coinvolgimento dei professionisti che avranno la possibilità di interagire direttamente con il nuovo sistema consentendo l'ottimizzazione e il decentramento dei monitoraggi connessi alla formazione (tenuta sotto controllo delle scadenze della formazione obbligatoria, rendicontazioni economiche ecc.) Questo processo ha richiesto un importante intervento informativo/formativo a favore dello Staff della formazione e nel medio termine a tutti i dipendenti ASUGI.

## LINEE PROGETTUALI

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
A.2.1	<b>Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale</b>	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	a.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;	evidenza partecipazione
A.2.1	<b>Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale</b>	b) Avvio dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	b.1. Entro il 31 dicembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali - adottano in ambito aziendale il modello organizzativo e gestionale adottato dal sistema regionale	modello adottato entro il 31/12/2023
A.2.1	<b>Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale</b>	b) Avvio dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	b.1. Entro il 31 dicembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali - attivano l'erogazione dei servizi previsti, tra cui quelli obbligatori stabiliti dalla d.g.r. n. 2042/2022 e dal DM 77, in almeno una Casa della Comunità	servizi erogati entro 31/12/2023
A.2.2	<b>Centrali Operative Territoriali (COT): elaborazione e definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale</b>	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale delle Centrali Operative Territoriali (COT).	a.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;	evidenza partecipazione
A.2.4	<b>Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")</b>	a) Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) rispetto all'attività di assistenza domiciliare rappresentata o da rappresentarsi funzionalmente all'adempimento del debito informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l'annualità 2022 e 2023.	a.1. Le Aziende effettuano la verifica di dati e informazioni presenti a sistema SIAD sull'attività di assistenza domiciliare già erogata nell'anno precedente e in quello corrente, procedendo, ove necessario o opportuno, alle modifiche, integrazioni e rettifiche dei dati e delle informazioni da inserire a sistema a adempimento del debito informativo.	evidenza del rispetto delle tempistiche di invio e rettifica ministeriali per l'invio dei dati

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell’investimento 1.2 (“Casa come primo luogo di cura”)	a) Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare (SIAD) rispetto all’attività di assistenza domiciliare rappresentata o da rappresentarsi funzionalmente all’adempimento del debito informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l’annualità 2022 e 2023.	a.1. Relativamente all’annualità 2022 le attività di verifica e correzione devono essere effettuate entro il termine fissato dalle disposizioni vigenti per il consolidamento dei dati forniti nel flusso ministeriale.	entro 15.3.2023
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell’investimento 1.2 (“Casa come primo luogo di cura”)	b) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per la presa in carico con programmazione di prestazioni di assistenza domiciliare e loro gestione informativa, primariamente all’interno della cartella territoriale, con definizione di una proposta tecnico-specialistica di loro revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell’attività	b.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;	evidenza partecipazione
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell’investimento 1.2 (“Casa come primo luogo di cura”)	d) Aumento del volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare a popolazione Over 65 anni con rispetto dei target di incremento dell’attività fissati dal cronoprogramma di attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR per il raggiungimento del target comunitario M6C1-6 riferito al sub-investimento M6C1 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura (ADI)” (aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il T2-2026)	d.1. Le Aziende incrementano il numero degli ultra65enni in carico all’assistenza domiciliare con PAI o PRI sul totale della popolazione ultra 65enne in misura almeno pari a quanto previsto dagli atti nazionali per l’attuazione del PNRR, nel rispetto del relativo cronoprogramma nazionale di attuazione.	evidenza incremento
A.2.5	Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC): elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo all’interno dell’assistenza territoriale	Elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo delle Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC) all’interno dell’assistenza territoriale con determinazione dei fabbisogni aziendali.	Entro il 15 settembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali fanno pervenire ad ARCS e alla DCSPSD un documento formale di: 1. definizione di un piano attuativo e di implementazione della figura delle IFOC con definizione dei fabbisogni formativi e delle modalità organizzative nell’utilizzo della figura professionale (es. all’interno delle Case della Comunità; in assistenza	documento inviato entro 15.09.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			domiciliare; nei Punti Salute di Comunità); 2. quantificazione del fabbisogno di risorse (in termini orari e di unità FTE) per setting assistenziale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità).	
<b>B</b>	<b>B. Governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato</b>	Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	2. gli enti svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale, nel rispetto delle tempistiche e modalità indicate da ARCS.	evidenza attività
<b>C</b>	<b>Azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	3. gli enti sanitari regionali svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale;	evidenza attività
<b>C</b>	<b>Azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	4. gli enti sanitari regionali partecipano attivamente alle riunioni periodiche organizzate da ARCS per il coordinamento, l'indirizzo e il monitoraggio delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, assicurando la presenza alle riunioni dei Direttori Sanitari o Socio-sanitari, secondo competenza;	evidenza partecipazione
<b>D.1</b>	<b>Rete trauma</b>	PDTA frattura del femore da trauma	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA  ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma
<b>D.1</b>	<b>Rete oncologica</b>	PDTA tumore del pancreas	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA  ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	
D.1	Rete oncologica	PDTA tumore gastrico	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA  ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità	>= 75%
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Reperibilità algologica	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: -Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;	Evidenza del referente e evidenza della definizione di un modello aziendale o regionale
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriatezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: -Implementazione e messa in utilizzo (almeno in via sperimentale) di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	Evidenza del referente e evidenza della definizione di un modello aziendale o regionale
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina /teleassistenza	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), dei servizi di telemedicina per almeno il 5% delle prestazioni autorizzate.	>= 5%
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale	I Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	relazione inviata DCS e ARCS entro il 31/12/2023
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	- Standard strutturale di dotazione posti letto	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati almeno pari al rapporto minimo di dotazione previsto dal DM 77 (8 posti ogni 100.000 abitanti).	36 posti letto

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	- Registrazione attività cliniche	Gli Enti adottano modalità di registrazione informatizzata dell'attività definite dal coordinamento regionale entro il 31/12/2023.	evidenza dell'aderenza alle indicazioni
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Attuazione del potenziamento delle cure palliative con raggiungimento dei target qualitativi, quantitativi e strutturali disposti per gli Enti per l'anno 2023 nel Piano di potenziamento delle cure palliative da adottare ai sensi dell'articolo 1, comma 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del d.m. Salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario regionale).	Gli enti attuano quanto disposto dal Piano regionale di potenziamento delle cure palliative adottato nell'anno 2023, nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria).	evidenza attuazione nei report trimestrali
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Esami I livello Screening Cervice uterina	- 100% degli esami sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'anatomia patologica di Trieste	100%
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Esami II livello Screening Cervice uterina	- Le letture degli esami di II livello sono analizzati presso le attuali sedi di competenza fino a transizione del programma ultimata	evidenza attività
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Adesione allo screening della cervice uterina	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 60\%$ donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	$\geq 60\%$
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Tempi di refertazione PAP test primari	- % Pap test primari refertati entro 21 giorni dalla data dell'ultimo prelievo $> 80\%$	$> 80\%$ entro 21 gg
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	3. Tempi di refertazione PAP test di secondo livello	- % Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia $\geq 85\%$	$\geq 85\%$ entro 15 gg
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	4. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	- Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dal referto positivo del primo livello in almeno il 90% dei casi.	$\geq 90\%$ entro 8 settimane
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Inviti non effettuati nel 2022 Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessario per consentire il recupero degli inviti non effettuati nel 2022 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2022	- Al 30.6.2023 il 100% degli inviti non effettuati nel 2022 è recuperato	100% 2022 al 30.6.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
E	Programmi di screening oncologici Screening cervicce uterina	2. Gestione degli inviti 2023	- Predisposizione da parte delle aziende del calendario bimensile delle attività di screening coerente con il calendario annuale delle chiamate da effettuare e sua trasmissione ad ARCS	6 calendari
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	Adeguatezza ambientale delle sedi di erogazione del servizio di mammografia	Esecuzione dei sopralluoghi, in sedi a campione o in sedi nelle quali sono state segnalate criticità, al fine di verificare l'adeguatezza ambientale (verbale di sopralluogo).	collaborazione nei sopralluoghi
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 64\%$ donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni).	$\geq 64\%$
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimenti mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	- 100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	100%
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	3. Garantire la formazione di un numero di radiologi congruo al fabbisogno delle singole aziende seguendo il percorso formativo identificato a livello regionale	- le aziende interessate attivano il percorso formativo con le tempistiche e secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	evidenza attivazione percorso
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- % dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello $\leq 28$ gg da esito positivo della mammografia di primo livello $\geq 90\%$	$\geq 90\%$ entro 28 gg da I livello positivo
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- Percentuale dei casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$	$\geq 95\%$
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%	$< 10\%$
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato $\geq 85\%$	$\geq 85\%$ entro 5 gg lavorativi
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 60\%$ popolazione convocata (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).	$\geq 60\%$
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	2. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening	- % di cartelle endoscopiche compilate correttamente: $\geq 95\%$	$\geq 95\%$
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	3. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	- % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: $\geq 90\%$	$\geq 90\%$ entro 30 gg da I livello positivo

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia >=85%	>= 85% entro 5 gg lavorativi
F.1	Indicatori LEA - CORE	P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE		Copertura vaccinale nei bambini a 36 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE		Copertura vaccinale nei bambini per la 2° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	>= 95%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	>= 75%
F.1	Indicatori LEA - CORE	B7.4 (Bersaglio)	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 28,0
F.1	Indicatori LEA - CORE	P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	100%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	40
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>= 60%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>= 64%
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>= 60%

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
F.1	Indicatori LEA - CORE	D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	$\leq 305$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $<18$ anni) per asma e gastroenterite	$\leq 81$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	$\leq 17$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	$\leq 5652$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	$\geq 5,0$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	$\geq 2,5$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	$\geq 2,0$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	$\leq 6,0$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	$\geq 35\%$
F.1	Indicatori LEA - CORE	D33Z	Numero di anziani con età $\geq 75$ anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	$\geq 65$
F.1	Indicatori LEA - CORE	C9.1 (Bersaglio)	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	$< 25$
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.M (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG medici	$\leq 0,00$
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.C (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	$\leq 0,00$
F.1	Indicatori LEA - CORE	H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	120,0
F.1	Indicatori LEA - CORE		Prestazioni ambulatoriali per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio)	$\leq 3,4$
F.1	Indicatori LEA - CORE	H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	$\geq 90\%$
F.1	Indicatori LEA - CORE	H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	$\leq 0,15$

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
F.1	Indicatori LEA - CORE	H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 80,00
F.1	Indicatori LEA - CORE	C4.4 (Bersaglio)	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day- surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	>= 55%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C13A.2.2.1 (Bersaglio)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<= 25,00%
F.1	Indicatori LEA - CORE	H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (HUB)	>= 65%
F.1	Indicatori LEA - CORE	H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (SPOKE)	>= 80%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C5.2 (Bersaglio)	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni	>= 67
F.1	Indicatori LEA - CORE	H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<= 15%
F.1	Indicatori LEA - CORE	H18C	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<=25%
F.1	Indicatori LEA - CORE	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.7 (Bersaglio)	Tumore alla Mammella Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.8 (Bersaglio)	Tumore alla Prostata Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.9 (Bersaglio)	Tumore al Colon Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.10 (Bersaglio)	Tumore al Retto Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.11 (Bersaglio)	Tumore al Polmone Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.12 (Bersaglio)	Tumore all'utero Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.13 (Bersaglio)	Melanoma Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.14 (Bersaglio)	Tumore maligno alla Tiroide. Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	PDTA Emergenze cardiologiche	Percentuale di visite di follow-up a 1 mese dalla dimissione	80%
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore inferiore o uguale a 19% nell'anno 2021, il target 2023 è il mantenimento o la riduzione del valore 2021;	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore maggiore a 19% nell'anno 2021 il target 2022 è <=19%	<= 19%
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	per i punti nascita SPOKE <=7%;	<= 7%
F2.2	Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica >= 5 per cento del Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE  Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2023	>= 5%
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B;	>= 90%
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità D;	>= 90%

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità P.	>= 90%
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A	>= 90%
G	Tempi di attesa	Programmi attuativi aziendali	In ottemperanza alla DGR 1815/2019 il "Programma attuativo aziendale dei tempi di attesa per l'anno 2023" dovrà essere allegato al Piano attuativo aziendale e pubblicato sui siti web aziendali. Esso deve tra l'altro contenere le azioni previste per la tutela del diritto di garanzia o avere un rimando alle procedure specifiche, che in quel caso devono essere consultabili.	documento allegato a Piano attuativo 2023
G	Tempi di attesa	Relazione TDA	Le Aziende presentano entro il 31/1/2023 ad Arcs una relazione illustrativa sull'andamento dei tempi di attesa. I contenuti dovranno trattare gli argomenti previsti dall'art. 15 della LR 7/2009.	relazione inviata entro 31.01.2023
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	report entro 30.6.2023
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023	report entro 31.12.2023
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	- almeno il 10% degli istituti scolastici del territorio aderiscono alla rete di SPS entro il 2023.  <i>(Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)</i>	>= 10%
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder.	- almeno il 50% delle scuole aderenti alla rete realizzano un intervento presente nel documento regionale di pratiche raccomandate	>= 50%
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Aggiornare il documento regionale di buone pratiche rivolto alle scuole	- attivazione di un sistema di monitoraggio delle scuole che aderiscono alla rete e che attuano pratiche raccomandate dalle aziende sanitarie	sistema attivato

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Aggiornare il documento regionale di buone pratiche rivolto alle scuole	- aggiornamento del documento di pratiche raccomandate	documento aggiornato da ciascuna azienda sulla base delle proprie specifiche
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Realizzare una mappatura dei pedibus attivi nel territorio	- realizzata la mappatura dei pedibus attivi	mappatura realizzata
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Produzione e diffusione negli istituti del materiale informativo sui servizi offerti dai consultori	- presenza di materiale e sua diffusione nelle scuole	materiale presente e diffuso
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- presenza della mappa degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole	mappa realizzata
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- attivo in ogni azienda un gruppo di lavoro	gruppo di lavoro attivo
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- realizzato almeno un incontro con i professionisti	>= 1 incontro
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Affidato a ASUGI: Realizzare offerta formativa per operatori sanitari e sociosanitari, docenti e altri stakeholders sul modello di scuole che promuovono salute	Realizzato 1 percorso formativo di carattere regionale	1 percorso realizzato
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo regionale comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	>= 1 percorso formativo regionale comune
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione sul promuovere stili di vita sani	>= 1 intervento comunicazione / informazione

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	Almeno il 20% dei Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo)  <i>Formula :N. Comuni che realizzano, / (N. totale Comuni) * 100</i>	>= 20%
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	È attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)(N. totale ASL) *100	>= 1 programma esercizio fisico
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione. Presentazione delle linee di attività del PP2 ai diversi stakeholder e MMG anche in occasione delle riunioni distrettuali aziendali	Numero di incontri con MMG realizzati in cui sono state descritte le attività del programma per promuovere movimento	evidenza n. incontri realizzati
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Realizzare corsi di walking leader (con obiettivi formativi già condivisi nel 2022). Tutte le attività saranno pubblicizzate sul sito regionale invecchiamento attivo FVG.it	Almeno un corso per walking leader per azienda sanitaria realizzato e pubblicizzato sul sito invecchiamento attivo fvg	>= 1 corso
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro Promozione alla Salute/HPH, medici competenti e RSPP aziende ed enti sanitari	>= 2 incontri
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Evento formativo per formazione medici competenti su counseling breve	1 evento formativo
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- Almeno 3 incontri del Gruppo di lavoro WHP coordinato da ASFO	>= 3 incontri

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- Formazione medici competenti imprese su counseling breve (organizzazione regionale)	formazione effettuata
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- 10% delle imprese aderenti al Programma nel 2022/23 devono realizzare almeno un intervento tra quelli previsti dal "Manuale WHP" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	10% imprese hanno realizzato almeno 1 evento per ciascuna area prevista
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Coordinamento RSPP e medici competenti di tutti gli enti e aziende sanitarie	>= 3 incontri
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità	- Organizzazione evento formativo regionale da parte del Gruppo regionale RSPP/medici competenti coordinato da ASU GI – UCO Med. Lavoro per figure aziendali prevenzione delle aziende sanitarie sulla identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e loro prevenzione	coordinamento 1 evento formativo regionale
1.1.3.4	Programma PP4 Dipendenze	Sviluppo e consolidamento di interventi di prevenzione universale/selettiva per adolescenti e giovani in contesti extrascolastici finalizzati al consolidamento di stili di vita sani, il miglioramento delle competenze delle risorse presenti e lo sviluppo di sinergie con i servizi socio-educativi del territorio, e all'intercettazione precoce di giovani consumatori di sostanze psicoattive	Attivazione di almeno una tipologia di intervento di prossimità in contesti extrascolastici e di aggregazione giovanile, promossi dai Servizi delle dipendenze, in collaborazione con i Comuni o altri Enti del territorio, cooperative sociali e altri enti di Terzo Settore.	>= 1 intervento prossimità
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	INTERSETTORIALITÀ - Attivare/ consolidare la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media.	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Partecipazione al tavolo di lavoro regionale	evidenza partecipazione
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	INTERSETTORIALITÀ - Attivare/ consolidare la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media.	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Implementare e consolidare le collaborazioni con gli stakeholder	evidenza attività
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	SVILUPPO DI COMPETENZE Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	Entro il 31 dicembre 2023: ▪ Almeno 1 evento formativo a carattere regionale rivolto a mmg, pls, operatori sanitari, operatori socio sanitari	>= 1 evento formativo a carattere regionale
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per pianificare le strategie e le azioni da implementare in collaborazione con partner e stakeholder	evidenza partecipazione

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
		particolare riferimento alle fasce più a rischio		
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione alla popolazione generale e ai caregiver, anche attraverso i portali ed i social della Regione, delle Aziende Sanitarie e dei Comuni della Regione, anche in collaborazione con stakeholder e associazioni di volontariato	>= 1 intervento comunicazione / informazione
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per collaborare alla predisposizione/ aggiornamento di materiale informativo	evidenza partecipazione
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità	materiali disponibili
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ counselling e distribuzione materiale informativo in occasione dei corsi di preparazione al parto, inserimento al nido, vaccinazioni, bilancio di salute pediatra	materiali disponibili e distribuiti
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza	Entro il 31 dicembre 2023 Coordinamento con i referenti del PP1 "Scuole che promuovono salute" ▪ Ideazione/aggiornamento di materiale informativo relativo alle tematiche sicurezza stradale e domestica da proporre alle scuole	materiale proposto alle scuole
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Aumentare l'autonomia personale nell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e il corretto utilizzo dei farmaci	Entro il 31 dicembre 2023 Coordinamento con i referenti del PP2 "Comunità Attive" ▪ collaborare alla predisposizione di materiale informativo e divulgazione alla popolazione di tutte le età ed al target anziano ed ai caregiver, con l'obiettivo di sensibilizzare all'importanza dell'attività fisica e al corretto uso dei farmaci per la prevenzione dei rischi domestici, nonché alle tematiche della sicurezza stradale e guida sicura, anche in collaborazione con gli stakeholder	materiale predisposto e divulgato
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Estendere/implementare politiche	Entro il 31 dicembre 2023 collaborazione con i referenti del PP9 "Ambiente, Clima e salute" per analisi del contesto, identificazione	evidenza collaborazione

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
		per promuovere la mobilità sostenibile	delle azioni specifiche da implementare a sostegno dell'Urban Health	
1.1.3.5	<b>Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita</b>	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Migliorare dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Collaborazione con il centro regionale della sicurezza stradale (MITRIS) per implementazione dei dati degli incidenti con dati di esito e produzione di reportistica. La produzione della reportistica è subordinata al parere degli Uffici preposti rispetto alla liceità dell'utilizzo dei dati degli incidenti stradali e di quelli sanitari	evidenza collaborazione e implementazione dati
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione	5% aziende vigilate o assistite
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2021	12% cantieri notificati anno 2022 (o in caso di variazioni significative almeno n. cantieri vigilati nel 2021)
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- Agricoltura vigilare 128 aziende agricole a livello regionale	128 aziende agricole in Regione
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.	evidenza collaborazione
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio cancerogeno	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro "Rischio cancerogeno"	>= 3 incontri
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio cancerogeno	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione sul rischio cancerogeno da silice in edilizia coordinato da ASUGI	1 evento formativo regionale organizzato
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Adozione di piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Rischio stress lavoro correlato (SLC)	>= 3 incontri
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Adozione di piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da ASFO	evidenza partecipazione evento
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Rischio ergonomico Strutture PSAL	>= 3 incontri

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da ASFO	evidenza partecipazione evento
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: sorveglianza sanitaria in edilizia con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro CRUA/PSAL per sorveglianza sanitaria bonificatori amianto.	>= 3 incontri
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: sorveglianza sanitaria in edilizia con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da CRUA	1 evento formativo regionale organizzato
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento a addetti bonifica amianto e installatori/ manutentori su coperture	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro edilizia	>= 3 incontri
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento a addetti bonifica amianto e installatori/ manutentori su coperture	- Organizzazione evento formativo su base territoriale per figure aziendali prevenzione sulle buone pratiche condivise per l'accesso alle coperture per interventi manutentivi/ installazioni/bonifiche coordinato da ASUFC	evidenza partecipazione evento
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in agricoltura: sorveglianza sanitaria degli addetti all'agricoltura	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro agricoltura	>= 3 incontri
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in agricoltura: sorveglianza sanitaria degli addetti all'agricoltura	- Organizzazione eventi formativi su base territoriale per figure aziendali della prevenzione sulle buone pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria degli operatori agricoli, con particolare riferimento allo stress termico coordinato da ASUFC	evidenza partecipazione evento
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 1) Prevenzione degli infortuni da macchine non conformi ai requisiti di sicurezza nel settore metalmeccanico	1) - redazione documento di buone pratiche condivise per la prevenzione degli infortuni legati alle macchine non conformi nel settore della metalmeccanica;	documento redatto
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 1) Prevenzione degli infortuni da macchine non conformi ai requisiti di sicurezza nel settore metalmeccanico	1) - organizzazione evento formativo territoriale per le figure del Servizio di Prevenzione dei comparti individuati coordinato da ASUGI;	1 evento formativo regionale organizzato

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.6	<b>Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione</b>	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 2) Requisiti essenziali per l'uso in sicurezza dei carrelli elevatori	2) - organizzazione evento formativo territoriale per le figure del Servizio di Prevenzione dei comparti individuati sulle buone pratiche condivise per la prevenzione degli infortuni dovuti a carrelli elevatori carenti di RES, coordinato da ASUGI	1 evento formativo regionale organizzato
1.1.3.7	<b>Programma PP9 Ambiente, clima e salute</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	Entro il 30.3.2023 report ad ARCS con individuazione dei partecipanti a gruppi di lavoro tematici interaziendali specifici per l'implementazione delle azioni previste dal Programma e dell'eventuale ruolo di coordinamento di tali gruppi o di riferimento tematico secondo un modello organizzativo di integrazione condiviso e adottato dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie.	report entro 30.3.2023
1.1.3.7	<b>Programma PP9 Ambiente, clima e salute</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per l'implementazione del Programma	report entro 30.6.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
		sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.		
1.1.3.7	<b>Programma PP9 Ambiente, clima e salute</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti per l'anno 2023.	report entro 31.12.2023
1.1.3.7	<b>Programma PP9 Ambiente, clima e salute</b>	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Almeno 4 controlli per ciascun ispettore REACH-CLP.	>= 4 controlli per ispettore

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Recepimento del concetto di operatore equivalente dedicato ad attività di controllo/formazione/informazione REACH e CLP quantificandone il valore numerico.	evidenza recepimento
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Sorveglianza acque potabili - Rendicontazione alla DCS dei dati relativi al controllo delle acque potabili nel triennio 2020-2022 secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute.	Fornire alla DCS i dati richiesti secondo le indicazioni e le tempistiche che saranno trasmesse dal Ministero della Salute.	dati trasmessi alla DCS
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). mantenimento funzionalità sistema informativo	Mantenimento della funzionalità (Vet)	evidenza mantenimento funzionalità
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Contributo oggettivo (attivazione gruppo di lavoro, riunioni, ecc.) nella applicazione di un protocollo regionale di indagine in allevamenti con casi di isolamento di batteri zoonosici o commensali resistenti ai carbapenemi. (Um-Vet)	evidenza attività
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero	Applicare quanto indicato nelle note del MS e Regione rispetto al sistema Classyfarm (Vet)	evidenza applicazione note
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Nel corso dei controlli ufficiali, le ASL verificano che gli allevatori dimostrino conoscenza delle LG – uso appropriato farmaci per la linea zootecnica specifica (se pubblicata) (Vet)	nel 100% dei controlli ufficiali l'Azienda sanitaria verifica la conoscenza degli allevatori delle LG
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	I veterinari delle ASL partecipano alle iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (Vet)	evidenza partecipazione iniziative regionali
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	L'ASL inserisce negli obiettivi formativi almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli	>= 1 corso formazione annuo

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA (Um-Vet)	
1.1.3.8	<b>Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza</b>	Adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Mantenimento della sorveglianza dell'AMR – Le Aziende trasmettono i dati di resistenza secondo il protocollo della sorveglianza AR-ISS, aggiornato dalla Circolare MdS del 25/03/2022. (Um)	evidenza mantenimento sorveglianza
1.1.3.8	<b>Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza</b>	Attivazione/mantenimento della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private	Verifica dell'attivazione della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private regionali (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile) (Um)	sorveglianza attivata
1.1.3.8	<b>Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza</b>	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Partecipazione delle Aziende regionali a: 1) Point Prevalence Survey (ECDC-PPS); indagine di prevalenza sulle ICA e sull'esposizione agli antibiotici 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico – nuovo protocollo 3) HALT, indagine di prevalenza delle ICA nelle strutture residenziali (attivabile solo su coordinamento nazionale) (Um)	partecipazione >= 3 sorveglianze
1.1.3.8	<b>Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza</b>	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2022 (Um)	report inviato a DCS
1.1.3.8	<b>Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza</b>	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Le Aziende sanitarie partecipano al monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche come da indicazioni ministeriali – Protocollo CSIA (Um)	partecipazione al monitoraggio
1.1.3.9	<b>Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità</b>	Nuova edizione linee guida regionali nidi d'infanzia	- Partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione a livello regionale della nuova edizione del documento di indirizzo	evidenza partecipazione
1.1.3.9	<b>Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità</b>	Realizzazione di un sistema di monitoraggio degli interventi effettuati dai SIAN a supporto della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva	- Partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione a livello regionale del nuovo sistema di monitoraggio dell'attività dell'area nutrizione	evidenza partecipazione
1.1.3.9	<b>Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità</b>	Formazione operatori percorsi nascita in accordo con il PL 14 "Investire in salute nei primi 1000 giorni"	- Supporto ai percorsi previsti per il personale sanitario aziendale sui contenuti di competenza	evidenza supporto ai percorsi

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Promuovere la diffusione di conoscenze e competenza nelle attività di promozione di corretti stili alimentari sul “counselling motivazionale breve” nei setting opportunistici	- Partecipazione degli operatori coinvolti nel programma (medici, dietisti, biologi, assistenti) regionale sul counselling motivazionale breve nei setting opportunistici in sinergia con gli altri PP e PL	evidenza partecipazione
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Diffusione e applicazione delle linee guida per l’esternalizzazione del servizio di ristorazione collettiva e supporto agli enti pubblici per la redazione dei capitolati d’appalto	- Supporto agli enti pubblici per la redazione dei capitolati d’appalto che ne fanno richiesta	evidenza supporto agli enti
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Rilevazione presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	- Verifica in oltre il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	verifica >= 70% sui controlli
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Produzione materiale formativo/informativo per la commissione mensa, insegnanti, genitori, ditte, Enti che afferiscono alla ristorazione scolastica	- pubblicazione del materiale formativo/informativo realizzato a livello regionale con altri stakeholder (Scuola, amministrazioni, OSA)	materiale pubblicato
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Attivare un gruppo di coordinamento regionale per il raccordo con il TASIN	- Programmazione e attuazione delle iniziative raccordate agli obiettivi individuati a livello centrale	evidenza iniziative attuate
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione per gli operatori del controllo ufficiale	- Creazione e proposta dell’evento/set formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione per gli OSA	- Creazione e proposta dell’evento/set formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Pubblicazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare	- Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	documento pubblicato
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Supporto al sistema socio sanitario e del terzo settore per il contrasto alla povertà alimentare	- Evidenza dell’attività a supporto degli stakeholder	evidenza attività di supporto
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell’attività fisica	Migliorare i livelli dell’attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l’insorgenza delle malattie croniche	Avvio progetto di prescrizione dell’attività fisica in almeno 1 centro regionale secondo il protocollo regionale di prescrizione dell’attività fisica.	progetto avviato in almeno 1 centro regionale
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell’attività fisica	Migliorare i livelli dell’attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l’insorgenza delle malattie croniche	Aumentare la % di soggetti che ricevono la raccomandazione di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario: - almeno 40% dei pazienti sovrappeso (attualmente 35%) (dati da report regionale)	>= 40% pazienti sovrappeso
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell’attività fisica	Migliorare i livelli dell’attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l’insorgenza delle malattie croniche	Aumentare la % di soggetti che ricevono la raccomandazione di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario: - almeno 58% dei pazienti obesi (attualmente 54% circa) (dati da report regionale)	>= 58% pazienti obesi

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.10	<b>Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica</b>	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche	Avvio del progetto di screening CV dei lavoratori in almeno 1 azienda sanitaria. Il progetto parte dal calcolo del rischio CV per una presa in carico precoce del paziente con malattia CV manifesta e ottimizzazione della terapia al fine di prevenire gli eventi CV. Obiettivo il calcolo del rischio CV secondo linee guida europee di almeno 50% dei lavoratori visitati nelle Medicine del Lavoro delle aziende Sanitarie	evidenza avvio progetto screening CV
1.1.3.11	<b>Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni</b>	Aumentare l'adesione al bilancio di salute pre-concezionale	Vedi linea 4.3 Percorso nascita	si rimanda a linea 4.3
1.1.3.11	<b>Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni</b>	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	- Invio programma formativo triennale alla DCS	programma formativo inviato alla DCS
1.1.3.11	<b>Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni</b>	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	- Almeno un evento svolto nel corso del 2023 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	>= 1 evento
1.1.3.11	<b>Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni</b>	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Mantenimento della formazione sull'allattamento con metodologia BPL nell'80% degli operatori dedicati (report dei referenti aziendali alla DCS)	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS
1.1.3.11	<b>Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni</b>	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento	>= 1 corso formazione
1.1.3.11	<b>Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni</b>	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Le Aziende mantengono l'attività di registrazione dei dati alla dimissione dal Punto nascita e alla vaccinazione	evidenza registrazione dei dati

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	SOSTEGNO COMPETENZE GENITORAILI E SVILUPPO DE BAMBINO Le Aziende definiscono un percorso postnatale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino	Report alla DCS sulle iniziative aziendali intraprese	report trasmesso alla DCS
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Somministrazione ad almeno il 50% dei nati prematuri e fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo (report alla DCS)	somministrazione >= 50% con evidenza report a DCS
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita	- Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000	>=1 attività supplementare MPR
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- 95% per T,D ep. B e polio	95%
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura vaccinale per influenza nei soggetti affetti da diabete mellito, donne in gravidanza	aumento 30% rispetto 2022
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura vaccinale per T,D ep. B e polio donne in gravidanza	aumento 30% rispetto 2022
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari > 28%	> 28%
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	- attivazione di almeno un percorso interaziendale per la prenotazione alla vaccinazione da parte degli specialisti clinici che hanno in carico soggetti con rischio aumentato per patologia	>=1 percorso interaziendale

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	- Sviluppare almeno un percorso di accesso facilitato alla vaccinazione per popolazioni target a rischio di sviluppo di gravi complicanze coinvolgendo gli specialisti clinici individuando strategie e modalità di prenotazione e somministrazione della vaccinazione	>=1 percorso accesso facilitato alla vaccinazione
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, epatite B e C)	- almeno un protocollo per Azienda sanitaria	>=1 protocollo per azienda
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Consolidamento dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale	- Attività coordinata da ASUFC: 100% delle segnalazioni di PFA osservate	segnalazione ad ASUFC 100% delle PFA
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Sviluppare e consolidare un confronto strutturato tra profili professionali sanitari e non, all'interno di gruppi di lavoro aziendali e regionali, nell'ambito delle malattie infettive prevenibili	- Almeno un incontro anno	>= 1 incontro
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Formazione sul counseling breve	- Almeno un evento anno	>= 1 evento
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Prestazioni odontoiatriche	- Ogni centro di erogazione deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni/anno e comunque almeno il numero di prestazioni erogate nel 2019	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Erogazione di I visite e di visite di controllo	- sul totale delle prestazioni erogate devono essere garantite: • Per ASUGI inferiore al 25% di I visite e di visite di controllo	< 25%
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	30.4.2023 (1 report)
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.7.2023 (2 report)
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.10.2023 (3 report)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.1.2024 (4 report)
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Supporto infermieristico	- Garantire il supporto infermieristico per le attività extra-leea come programmate con il coordinatore regionale del progetto di odontoiatria pubblica	evidenza supporto infermieristico garantito
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Riorganizzazione dei servizi	Sostituire il personale posto in quiescenza (sia dirigenti medici che specialisti ambulatoriali), preferibilmente con dirigenti medici (odontoiatri) a TP	evidenza attività
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Riorganizzazione dei servizi	- ASUGI apertura ambulatorio odontoiatrico presso il carcere	apertura ambulatorio
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Riorganizzazione dei servizi	- ASUGI chiusura convenzioni esterne.	convenzioni chiuse
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Partecipazione alle riunioni organizzate dalla DCS	evidenza partecipazione
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'attivazione del percorso secondo le indicazioni presenti nell'allegato tecnico della DGR 1926 del 16.12.2022	attivazione percorso
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'offerta opportunistica alle coorti 1969 – 1989 in occasione della prenotazione ed effettuazione di esami ematici già prescritti per altre motivazioni, presso gli sportelli di accettazione amministrativa e i punti prelievo e in occasione degli accessi al PS, ricoveri in regime ordinario e DH	offerta opportunistica garantita
1.2	Programmi di screening HCV	Refertazione del test di I livello (reflex)	- Garantire la refertazione del test di screening di I livello entro 12gg dal prelievo	refertazioni I livello entro 12 gg
1.2	Programmi di screening HCV	Presenza in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di I livello	- Garantire la I visita specialistica dei pazienti risultati positivi al test di screening di I livello entro e non oltre i 30gg	I visita specialistica entro 30 gg
1.2	Programmi di screening HCV	Presenza in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di II livello	- Garantire gli esami di II livello (ecografia, esami ematici e fibroscan) in corso della prima visita o al massimo entro 15gg dalla I visita specialistica epatologica	esami II livello entro 15 gg I visita specialistica
1.3	Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023)	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Realizzare, per quanto di competenza, le azioni previste dagli obiettivi del panFLU FVG 2021 – 2023 da porre in essere per l'anno in corso secondo le indicazioni del Piano e della DCSPSD.	evidenza attività realizzate

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2023	70% operatori SIAN
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2023	n. interventi ispettivi
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - il n. audit per settore programmati per il 2023	n. audit per settore PRISAN
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. valutazioni del rischio programmate	n. valutazioni del rischio PRISAN
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2023	n. campionamenti PRISAN

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	n. controlli PRISAN
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2023, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100% controlli MIPAAF/AGEA e verbali inseriti
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Trasmettere entro il 31/01/2024 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	relazione a DCS entro 31/01/2024
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Biosicurezza suini Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione PSA	Effettuare il 100% dei controlli in materia di biosicurezza suini secondo indicazione Ministero della Salute	100% controlli biosicurezza suini
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	100% controlli benessere alimentare
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	3% controlli anagrafe ovi caprina
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Genotipizzazione arieti per Scrapie	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2023	100% campioni sangue per Scrapie
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Igiene Urbana Veterinaria	Predisporre le attività previste per il passaggio alla BDN animali d'affezione.	evidenza attività realizzate
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Igiene Urbana Veterinaria	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del	evidenza partecipazione

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			programma informatico BDN animali d'affezione	
1.4	<b>Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica</b>	Attivazione del programma informatico regionale GISA	Implementazione del sistema per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e per l'Area Igiene Pubblica	implementazione sistemi nelle Aree previste (A, B, C, SIAN)
1.4	<b>Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica</b>	Attivazione del programma informatico regionale GISA	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico regionale GISA	evidenza partecipazione
1.4	<b>Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica</b>	Completamento del percorso dei prodotti finiti	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività (riunioni, incontri) per il completamento del Progetto regionale	evidenza partecipazione
1.5	<b>Miglioramento Sorveglianze</b>	Completare l'acquisizione delle risorse necessarie e implementare l'organizzazione del Centro di Riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento, al fine di garantire il coordinamento regionale e la conduzione delle Sorveglianze di Popolazione PASSI e PASSI D'Argento per le Aziende Sanitarie della Regione. Ove richiesto, fornire il supporto per la valutazione di tematiche di peculiare interesse regionale mediante l'utilizzo delle sorveglianze Passi e PASSI d'Argento	ASUGI Entro il 31 dicembre 2023 Acquisizione delle risorse tecnologiche, umane e strumentali necessarie.	risorse acquisite entro il 31.12.2023
1.5	<b>Miglioramento Sorveglianze</b>	Completare l'acquisizione delle risorse necessarie e implementare l'organizzazione del Centro di Riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento, al fine di garantire il coordinamento regionale e la conduzione delle Sorveglianze di Popolazione PASSI e PASSI D'Argento per le Aziende Sanitarie della Regione. Ove richiesto, fornire il supporto per la valutazione di tematiche di peculiare interesse regionale mediante l'utilizzo delle sorveglianze Passi e PASSI d'Argento	ASUGI Entro il 31 dicembre 2023 Evidenza attività di coordinamento delle aziende e degli enti coinvolti nella sorveglianza (INSIEL, ARCS, CALL CENTER, REFERENTI AZIENDALI, ISS), Organizzazione e conduzione delle sorveglianze per le Aziende Sanitarie della Regione.	evidenza attività coordinamento entro il 31.12.2023
1.5	<b>Miglioramento Sorveglianze</b>	Completare l'acquisizione delle risorse necessarie e implementare l'organizzazione del Centro di Riferimento regionale sistemi di	ASUGI Analisi dei dati disponibili e predisposizione e divulgazione di almeno 1 report o scheda tematica	>= 1 report o scheda di analisi divulgato

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
		sorveglianza Passi e Passi d'Argento, al fine di garantire il coordinamento regionale e la conduzione delle Sorveglianze di Popolazione PASSI e PASSI D'Argento per le Aziende Sanitarie della Regione. Ove richiesto, fornire il supporto per la valutazione di tematiche di peculiare interesse regionale mediante l'utilizzo delle sorveglianze Passi e PASSI d'Argento	a partire dai dati regionali dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	
1.5	Miglioramento Sorveglianze	Tutte le Aziende	ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS Entro il 31 dicembre 2023 Collaborare agli studi di sorveglianza, che supportano la valutazione dei risultati dei programmi del PRP	evidenza attività di collaborazione entro il 31.12.2023
1.5	Miglioramento Sorveglianze	Tutte le Aziende	ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS Entro il 31 dicembre 2023 Collaborare alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, inclusi i medici di medicina generale, e la popolazione, anche attraverso i portali regionali e i media aziendali	evidenza collaborazione diffusione dati entro il 31.12.2023
1.6	Rete HPH	Policy 1. Orientare i modelli di governance, policies, strutture, processi e cultura per ottimizzare i guadagni di salute dei pazienti, del personale, delle popolazioni assistite e supportare le società sostenibili	1. Entro il 30/4/2023 le Aziende comunicano ad ARCS i componenti dei gruppi di lavoro: - Comitato HPH Aziendale; - Gruppo Benessere sul posto di lavoro aziendale; - Gruppo Patient Engagement aziendale; - Team Multiprofessionali	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.a. Almeno il 50% dei componenti dei referenti HPH dei comitati aziendali partecipa all'evento formativo per l'utilizzo degli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020	>= 50% partecipazione
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.b Entro il 30/9/2023 trasmissione ad Arcs degli esiti dell'autovalutazione sugli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020 presso le strutture aziendali identificate	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- >= 2 aggiornamenti della sezione aziendale intranet con documenti relativi al progetto "Aver cura di chi ci cura"	>= 2 aggiornamenti sito aziendale
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- entro il 30/6/2023 trasmissione ad ARCS dell'elenco dei "link professional promozione della salute" attivi presso l'azienda negli	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			ambiti organizzativi di cui al punto 3.5 del Regolamento HPH di cui al Decreto 1100/2018 (prevenzione, distretto, dipartimento ospedaliero, piattaforma assistenziale, salute mentale, dipendenze)	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- le aziende strutturano l'offerta attiva di promozione della salute del personale in carico ai team multiprofessionali tramite il protocollo condiviso dai referenti che hanno condotto lo studio pilota HPH (trasmissione evidenza ad ARCS entro 31/10/2023)	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- Identificazione componenti tavolo regionale attività fisica e stile di vita circadiano: partecipazione alla stesura del documento di indirizzo entro il 31/12/2023	componenti identificati entro il 31.12.2023
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello
2.1	Assistenza primaria	Formalizzazione dei regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD	Entro il 31.12.2023 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCSPSD i regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD.	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023
2.1	Assistenza primaria	Le Aziende ASU GI, ASU FC e ASFO monitorano i flussi informativi previsti dagli AACNN della medicina convenzionata	Entro il 31.12.2023 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCSPSD una relazione sull'attività di monitoraggio effettuata	relazione su attività trasmessa a DCS entro il 31.12.223
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2023 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Riscontro delle comorbidità fisico-organiche presenti nei soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico e conseguente presa in carico integrata	Entro il 31.12.2023 stesura di un Protocollo aziendale secondo il Modello dell'Assistenza Medica Avanzata alla disabilità (D.A.M.A.).	protocollo aziendale entro 31.12.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
2.3	<b>Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017. Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei soggetti con DCA concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico, in coerenza con il documento del Ministero della Salute "Percorso Lilla in pronto soccorso"	- Definizione del percorso aziendale da inviare alla DCSPSD entro il 31/12/2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023
2.4	<b>Sanità penitenziaria</b>	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto	Entro il 31.12.2023 invio di un report alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, sulle attività svolte durante l'anno 2023 in merito ai minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023
2.4	<b>Sanità penitenziaria</b>	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere, con particolare attenzione ai detenuti con bisogni complessi e/o con problematiche di salute mentale e di dipendenza	Entro il 31.12.2023 invio di un report alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	report progetto/i inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023
2.4	<b>Sanità penitenziaria</b>	Partecipazione alla realizzazione, da parte dei referenti aziendali, di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, con particolare attenzione alla prevenzione del suicidio in carcere e alla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2023	>= 1 evento aziendale entro il 31.12.2023
2.5	<b>Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	ASUGI, ASFO, ASUFC predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	modalità operative entro 45 gg applicazione misure sicurezza
2.5	<b>Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	I Direttori delle REMS e i Direttori dei DDSM partecipano alle attività del P.U.R.	evidenza partecipazione
2.5	<b>Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	Presa in carico di tutti gli internati in lista di attesa, secondo le indicazioni del P.U.R.	100% internati in lista presi in carico

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Utilizzo della modalità di registrazione dei dati relativi ai pazienti delle REMS ed al loro monitoraggio, attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP)	– Entro il 31.12.2023: aggiornamento dei dati relativi ai pazienti internati nelle REMS regionali, e a quelli in lista d'attesa, nello SMOP	aggiornamento dato pazienti entro il 31.12.2023
2.6	Salute mentale	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità di un report sulle attività di collaborazione tra NPJA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023
2.6	Salute mentale	Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei giovani con quadro psicopatologico severo concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico	Definizione del percorso codificato da inviare al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 31/12/2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANTIRE L'ACCESSO UNITARO ALLAV RETE DEI SERVIZI (PUA) Realizzazione dei Punti Unici di Accesso come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 163	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse destinate ai PUA.	Evidenza accordo formale
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANTIRE LE DIMISSIONI PROTETTE PER LE PERSONE IN SITUAZIONE DI FRAGILITA' Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 170	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse da destinare alle dimissioni protette entro il 30.06.23.	Evidenza accordo formale entro 30.6.2023
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANTIRE LE DIMISSIONI PROTETTE PER LE PERSONE IN SITUAZIONE DI FRAGILITA' Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 170	Prima attuazione delle linee operative sulle dimissioni protette entro il 31.12.	Evidenza prima attuazione entro 31.12.2023
3.1	Integrazione sociosanitaria	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE Implementare la programmazione sociosanitaria a livello locale di Ambito/Distretti	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la definizione di una bozza di nuove linee guida PDZ/PAT	evidenza partecipazione
3.2	Non autosufficienza	STESURA ACCORDO DI PROGRAMMA TRA AZIENDE SANITARIE E AMBITI TERRITORIALI SOCIALI Definire a livello istituzionale i processi che consentano percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti.	Evidenza di una bozza di accordo di programma sull'integrazione sociosanitaria per la non autosufficienza tra SSC e Distretto/Azienda che definisca le macro fasi del percorso assistenziale, le ricadute organizzative in termini di personale e risorse e il coordinamento tra LEA e LEPS, entro il 31.12 2023, come previsto	bozza accordo definita entro il 31.12.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			dal Piano Nazionale per la non autosufficienza	
3.2	Non autosufficienza	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	100% informazioni raccolte e trasmesse
3.3	Anziani	SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Sviluppare i percorsi di amministrazione condivisa volta alla sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Entro il 30.10.23, in ogni azienda è avviato almeno un progetto di sperimentazione di domiciliarità comunitaria prevedendo la coprogettazione con servizi sociali e terzo settore	>=1 progetto avviato entro il 30.10.2023
3.3	Anziani	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica del welfare generativo	Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda	>= 2 visite audit
3.3	Anziani	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica del welfare generativo	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2023 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2022.	relazione attività 2022 trasmessa a DCS entro 30.6.2023
3.3	Anziani	PRISMA 7 Garantire la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili, con un approccio integrato con i SSC.	Le AAS proseguono le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	evidenza prosecuzione attività screening
3.4	Disabilità	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema sociosanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Adozione degli atti e provvedimenti relativi a: • adeguamento atto aziendale coerentemente con l'Atto di indirizzo della Giunta (art.18, comma 2, L.R. n. 16/2022) e identificazione di una specifica articolazione organizzativa funzionale per la disabilità;	Adeguamento atto aziendale (a seguito emanazione atto di indirizzo regionale)
3.4	Disabilità	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema sociosanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Adozione degli atti e provvedimenti relativi a: • stipula Atto di Intesa con conferenza dei Sindaci per passaggio di competenze (art. 17, comma 2, L.R. n. 16/2022).	stipula Atto di Intesa con Conferenza dei Sindaci
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;	persone da valutare identificate
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: • Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali;	100% persone valutate con Q-VAD

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: • Tutte le persone in carico alle sperimentazioni;	100% persone valutate con Q-VAD
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: • Tutte le persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi)	100% persone valutate con Q-VAD
3.4	Disabilità	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Valutare le sperimentazioni organizzative attuate nel 2022, partecipare all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto n.1830/SPS del 25.09.2020) e definire le modalità aziendali per il trasferimento a regime dell'attività.	Le aziende sanitarie partecipano all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto n.1830/SPS del 25.09.2020) e predispongono il piano di intervento per il trasferimento a regime del processo di gestione delle cure farmacologiche entro il 31.12.2023.	Piano di intervento predisposto entro il 31.12.2023
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate su situazioni complesse di minori	evidenza rapporto aziendale
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate su situazioni multiproblematiche	evidenza rapporto aziendale
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'equipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità	evidenza rapporto aziendale
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	n. progetti

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'équipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte con particolare attenzione alla figura dello psicologo	evidenza presenza équipe con declinazione figure coinvolte
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Identificazione di un coach aziendale come previsto dal programma P.I.P.P.I.- PNRR	Coach aziendale identificato
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	N° dei nuclei familiari presi in carico	n. nuclei
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Partecipazione alle iniziative formative annuali previste dal programma	evidenza partecipazione
3.6	Salute mentale	PROMOZIONE E SISTEMATIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI ABILITAZIONE E RIABILITAZIONE Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione	Partecipazione dei referenti individuati dai DDSM, area salute mentale, al Tavolo Tecnico regionale per la definizione degli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking, con il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore e dagli stakeholders	evidenza partecipazione
3.6	Salute mentale	QUALIFICARE L'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI RELATIVA AL GRADO DI EFFICACIA DELLO STRUMENTO DEL BUDGET DI SALUTE Qualificare l'attività di valutazione degli esiti relativa al grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti individuati dai DDSM alle attività previste dal progetto nazionale coordinato dall'ISS, capofila Emilia Romagna: "Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati", CCM 2022, in fase di approvazione	evidenza partecipazione
3.6	Salute mentale	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi cogestiti con i servizi.	Realizzazione di almeno n.2 progetti in collaborazione con i peer support workers e le persone con esperienza (almeno n.8 unità per DDSM, area salute mentale) nell'ambito delle attività abilitative orientate alla recovery promosse dal servizio.	>= 2 progetti realizzati

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
3.6	Salute mentale	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi cogestiti con i servizi.	Realizzazione di progetti partecipati con il Terzo Settore ed in particolare con le Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12).	report a DCS con n. progetti realizzati
3.6	Salute mentale	GARANTIRE ALLE PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIPO TERAPEUTICO RIABILITATIVO Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento, nel sistema informativo Point pSM, dei progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi, entro 30 giorni dalla presa in carico,	entro 30 gg progetti inseriti a sistema
3.6	Salute mentale	GARANTIRE ALLE PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIPO TERAPEUTICO RIABILITATIVO Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento, nel sistema informativo Point pSM di almeno una attività di verifica o aggiornamento dei progetti personalizzati già attivati	>= attività e/o progetti inseriti a sistema
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Utilizzo del modello condiviso di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	modello utilizzato
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.2. Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse dedicate	budget salute attivato
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3. Revisione del documento preparatorio alle Linee d'azione regionali GAP alla luce del DM 16 luglio 2021, n. 136.	documento revisionato
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.4 Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti	test eseguiti su 70% persone testabili
3.7	Dipendenze	2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	2.1 Elaborazione di una procedura/progettualità condivisa fra CT regionali di inserimento e Servizi invianti per gli utenti in procinto di concludere il percorso in Comunità terapeutica	procedura / progettualità elaborata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
3.7	Dipendenze	2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	2.2. Partecipazione dei referenti aziendali dei trattamenti alcolici al 100% delle riunioni indette con le Associazioni e i Gruppi operanti nel settore delle problematiche alcolcorrelate	100% partecipazione
3.8	Area Welfare	Accompagnare all'utilizzo attraverso percorsi formativi gli operatori che si occupano di VMD con strumento Val.Graf-FVG	Almeno un corso di formazione realizzato	>= 1 corso formazione
3.8	Area Welfare	Supportare la Direzione centrale salute nel procedimento di accreditamento provvisorio delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani (DPR. 107/2022)	Istruttoria realizzata per tutte le domande di accreditamento provvisorio pervenute	istruttoria realizzata su 100% domande accreditamento
3.8	Area Welfare	Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Bozze di accordo contrattuale tipo	bozza accordo predisposta
3.8	Area Welfare	Realizzare accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	Accompagnamento alla realizzazione di almeno 1 percorso di co-programmazione	>= 1 percorso co-progettazione realizzato
3.8	Area Welfare	Supportare la DCS e le Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto previsto dalla L.R.16/2022.	Bozze di provvedimenti in attuazione dalla L.R.16/2022.	bozze provvedimenti predisposte
3.8	Area Welfare	Supportare le attività della Commissione di valutazione dei progetti sperimentali di cui all'art.25 dalla L.R.16/2022 e in fase di promulgazione, nonché realizzare accompagnamento, monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni approvate.	Documenti elaborati dal gruppo tecnico a supporto delle attività della Commissione.	documenti elaborati
3.8	Area Welfare	Gestire il portale della disabilità	Portale aggiornato e mantenuto	portale aggiornato e mantenuto
3.8	Area Welfare	Sperimentare i profili Q-VAD	Profili Q-VAD sperimentati	profili sperimentati
3.8	Area Welfare	Accompagnare l'utilizzo dello strumento Q-VAD anche ai fini della rivalutazione prevista all'art. 17 comma 8 dalla L.R.16/22	Corso di formazione a distanza sviluppato, help desk attivo.	corso sviluppato e help desk attivo
3.8	Area Welfare	Monitorare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nonché le condizioni di vita delle persone che ne fruiscono	Report annuale contenente i dati di flusso del sistema dell'offerta e i dati relativi alle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali, e semiresidenziali.	report predisposto e inviato a DCS
3.8	Area Welfare	Supportare lo sviluppo nel sistema informatizzato GeDi della parte relativa al progetto personalizzato per la presa in carico delle persone con dipendenze patologiche	Specifiche per lo sviluppo del progetto personalizzato condiviso a livello regionale nell'ambito del sistema informatizzato GeDi	specifiche definite e condivise
3.8	Area Welfare	Realizzare il monitoraggio previsto nell'ambito delle attività dell'Osservatorio sulle Dipendenze	Report annuale monitoraggio Dipendenze	report predisposto e inviato a DCS

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
3.8	Area Welfare	Monitorare le sperimentazioni di Abitare inclusivo e domiciliarità innovativa avviate in regione FVG	Report di monitoraggio e valutazione partecipata delle sperimentazioni in corso	report predisposto e inviato a DCS
3.8	Area Welfare	Supportare lo sviluppo del SI per le NPIA atto a soddisfare il flusso informativo ministeriale	Specifiche per lo sviluppo del sistema informativo NPIA	specifiche definite
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA  Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	Presenza di protocolli operativi con SSC e Scuole per segnalazioni e procedure di presa in carico (dato al 31.12.23) SI/NO	n. protocolli presenti al 31.12.2023
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA  Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	N° di UVM congiunte tra Consultori familiari e SSC (dato al 31.12.23)	n. UVM congiunte al 31.12.2023
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA  Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	N° prese in carico integrate congiunte tra Consultori familiari e SSC e scuola con progetto personalizzato (dato al 31.12.23)	n. prese in carico al 31.12.2023
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Rinforzo e sviluppo dei servizi sociosanitari a favore delle famiglie fragili, attraverso una condivisione tra Consultori e Servizi sociali dei Comuni, degli interventi professionali dedicati.	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo sociopsicopedagogico realizzati per singolo Distretto e Azienda al 31.12.2023	n. e tipologia interventi realizzati al 31.12.2023
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento della rete dei servizi a favore delle donne maltrattate	Almeno 2 incontri di coordinamento tra le diverse associazioni	>= 2 incontri di coordinamento
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere	Partecipazione ad almeno 2 eventi formativi	partecipazione >= 2 eventi

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Definizione di un percorso interno di analisi di concerto con il Servizio competente	percorso interno di analisi definito
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Partecipazione agli incontri	evidenza partecipazione
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Report di analisi aziendale e procedura percorsi entro il 31.12.2023	report di analisi e procedura inviato a DCS entro il 31.12.2023
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	FORMAZIONE OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS) E OPERATORI SOCIO SANITARI CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSS-C) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza almeno UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono attivati nel corso del 2023.	>= 1 corso OSS 1.000 ore attivato per Azienda
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	FORMAZIONE OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS) E OPERATORI SOCIO SANITARI CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSS-C) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria.	I corsi sono attivati entro il 31.12.2023	1 corso OSS formazione complementare attivato per Azienda entro il 31.12.2023
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=67% (media regionale anno 2021: 60,72%) – fonte Bersaglio	>=67% entro 48h
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target Hub: >=65% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target	>= 75% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Spoke

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			Spoke: >=75% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)	>= 80% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Spoke
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Miglioramento della percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	presa in carico garantita
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali).  Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%	>= 50% partecipazione
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	presenza e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	>= 95% dati presenti e completi
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 1 mese dalla dimissione >= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza.	>= 80% follow up entro 1 mese o > 10% rispetto 2022
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	Percentuale di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti >= 75%. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	>= 75% pazienti con PTCA primaria entro 90 minuti
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Percentuale di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione >= 60%. Per azienda di residenza.	>= 60% follow up entro 2 mesi dimissione
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla	>= 50% con esame LDL <= 55mg/dl entro 3 mesi dimissione

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			dimissione > 50% (fonte PDTA). Per azienda di residenza.	
4.1.2	<b>Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI</b>	Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione > 75% (fonte PDTA). Per azienda di residenza.	> 75% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dimissione
4.1.2	<b>Emergenze Cardiologiche – NSTEMI</b>	Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	100% pazienti NSTEMI segnalati con agenda dedicati
4.1.2	<b>Emergenze Cardiologiche – NSTEMI</b>	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	>= 60% pazienti STEMI inseriti in agenda dedicata entro 2 mesi dimissione
4.1.2	<b>Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta</b>	Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2022).	>= 75%
4.1.2	<b>Rene</b>	Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	< 52%
4.2	<b>Trapianti e donazioni CUORE</b>	Trapianto cardiaco: Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) ai meeting presso la CCH ASUFC cui partecipa il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidabilità al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting	case manager presente ai meeting per candidabilità >= 50% pazienti trapiantati
4.2	<b>Trapianti e donazioni CUORE</b>	Trapianto cardiaco: Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CT per condividere il follow-up dei pazienti successivi al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati.  Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting	case manager presente ai meeting per follow up >= 50% pazienti trapiantati

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Rete trapiantologica renale Almeno 5 Meeting con referenti aziende	Evidenza dei Verbali delle riunioni	>= 5 verbali di meeting
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Trapianti di rene	Potenziamento del programma Trapianti di rene con: - segnalazione di almeno 1 coppia per trapianto da vivente ogni 10 segnalazioni iscrizioni in lista d'attesa	>= 1 coppia da vivente ogni 10 segnalazioni
4.2	Trapianti e donazioni	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI	target > o uguale 30%	>= 30%
4.2	Trapianti e donazioni	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI Aggiornamento Procedure	ASFO e ASUGI revisione Protocolli e Procedure evidenza dei documenti	evidenza revisione protocolli e procedure
4.2	Trapianti e donazioni	Stesura/aggiornamento protocollo per prelievo d'organi Donatori in ECMO-VAD	ASUGI e ASUFC implementano il protocollo per prelievo d'organi da paziente ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana)	protocollo implementato
4.2	Trapianti e donazioni	Aggiornamento dei Coordinamenti Ospedalieri e dei Coordinamenti Aziendali sulla base dell'ASR Dicembre 2017	Decreti di nomina ed individuazione degli operatori coinvolti, funzioni, spazi e tecnologie	decreti approvati
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	Presso ciascuna azienda donatori non inferiori al 5% dei decessi	donatori >= 5% decessi
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	Monitoraggio rapporto potenziali donatori valutati/ n. decessi < 80 anni	evidenza monitoraggio
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	rapporto valutati /decessi < 80 anni	evidenza rapporto
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazione multitessuto	Nelle aziende ove non presente realizzare un progetto di fattibilità sull'estensione del programma di donazione multitessuto	progetto di fattibilità realizzato
4.2	Trapianti e donazioni	Programma unico di trapianto, esteso a più centri appartenenti alla stessa area geografica con l'obiettivo dell'Istituzione trapianto CSE congiunto e sua formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT-GITMO)	Costituzione di un tavolo interaziendale per la definizione di un programma congiunto regionale coordinato come da ASR maggio 2021	programma congiunto definito
4.3	Percorso nascita	Le Aziende istituiscono il Comitato percorso nascita aziendale in coerenza con quanto definito dalla DGR 629/2022	Il nominativo dei componenti il Comitato aziendale e del relativo coordinatore è trasmesso alla DCS entro febbraio 2023	Comitato costituito e trasmissione componenti e coordinatore a DCS entro il 28.2.2023
4.3	Percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei Comitati aziendali concorrono alla revisione/aggiornamento dell'Agenda della gravidanza secondo le previsioni concordate in seno al Comitato percorso nascita regionale	Trasmissione alla DCS dei report aziendali di aggiornamento	report revisione / aggiornamenti Agenda di gravidanza trasmessi alla DCS

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) pre-concezionale	Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione per l'utenza rivolta ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo preconcezionale	>= 1 iniziativa sensibilizzazione
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) pre-concezionale	Almeno un evento di formazione, rivolto ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo preconcezionale	>= 1 evento formativo
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico che segue le gravidanze BRO	Almeno due eventi formativi	>= 2 eventi formativi
4.3	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	> 80% partecipazione
4.5	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangue dipartimentale Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue fornendo un numero di aperture adeguato a garantire valori di raccolta pari alla media tra quelli 2020-2021	evidenza attività svolta
4.5	Sangue ed emocomponenti	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2020-2021 Target: • DIMT ASUGI = 20% sul totale di 28.500 kg come previsti dal documento di programmazione	20%
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.4.2023 invio a Cobus (1 report)
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.7.2023 invio a Cobus (2 report)
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.10.2023 invio a Cobus (3 report)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.1.2024 invio a Cobus (4 report)
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Per valutare l'appropriatezza delle richieste e il percorso trasfusionale nei reparti, il DIMT organizzerà almeno due audit all'anno in reparti dei Presidi Ospedalieri e Strutture private accreditate di propria pertinenza che hanno consumo di sangue.	>= 2 audit
4.5	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Tutte le aziende: Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata (>=90% EMOWARD)	>= 90%
4.5	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMT supporta la Direzione Sanitaria nella convocazione del Cobus Aziendale o interaziendale e garantisce l'invio dei verbali alla SRC per l'inserimento in SISTRA	evidenza supporto
4.5	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMT parteciperà ad almeno due incontri del tavolo tecnico regionale con i Servizi di Farmacia per il governo clinico dell'utilizzo degli emoderivati	partecipazione >= 2 incontri
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.4.2023 invio a coordinatore regionale (1 report)
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.7.2023 invio a coordinatore regionale (2 report)
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.10.2023 invio a coordinatore regionale (3 report)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.1.2024 invio a coordinatore regionale (4 report)
4.5	Sangue ed emocomponenti	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	partecipazione alle attività
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio	nominativi inviati entro 31.1.2023
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Partecipazione dei RM e dei RAP alle attività programmate	evidenza partecipazione
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	schede A e B compilate e inserite entro i tempi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	evidenza azioni avviate
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	evidenza partecipazione alla survey Agenas
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	indicatori inviati nei tempi indicati
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Inserimento di almeno una buona pratica nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call	>= 1 buona pratica inserita
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali	dati pubblicati entro 31.3.2023
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Attuazione della sorveglianza sulla gestione del dolore	sorveglianza attuata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della prevenzione.	evidenza attività realizzate
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti	studio effettuato
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze	report diffuso
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla sorveglianza richieste a livello nazionale	evidenza attività realizzate

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale questionario CSIA per la valutazione del consumo di soluzione idroalcolica	2 invii semestrali questionario CSIA
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale degli indicatori sulla compliance alla profilassi peri-operatori nell'adulto	2 invii semestrali indicatori compliance profilassi
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Partecipazione alle attività previste dal programma regionale sull'utilizzo degli inibitori di pompa protonica (PPI ) secondo le indicazioni regionali	evidenza partecipazione
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Diffusione dei dati sulla reportistica PPI	evidenza diffusione dati
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Avvio di specifiche azioni sulla gestione della poli-terapia in particolare per specifiche classi di rischio	evidenza azioni avviate
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	evidenza attività realizzate
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	partecipazione >= 5 giornate
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accREDITamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, individuati dai referenti aziendali dell'accREDITamento componenti dell'OTA, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITamento.	messa a disposizione garantita
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accREDITamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	messa a disposizione garantita
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	messa a disposizione garantita
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,15 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione – monitoraggi AIFA periodici.	8,15% farmaceutica diretta

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione – monitoraggi AIFA periodici.	7% farmaceutica convenzionata
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica - distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica territoriale diretta (90%)	81,00 territoriale diretta
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</li> </ul>	<p>Invio alla DCS e ad ARCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</li> <li>- Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul versante dei privati accreditati.</li> </ul> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  <i>Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%)</i>  <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i></p>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
6.2	<b>Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE.</p> <p>Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.).</li> </ul> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS e ad ARCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</li> <li>- Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul versante dei privati accreditati.</li> </ul> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  <i>Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%)</i>  <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i></p>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)
6.3	<b>Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	ASUGI Indicatore 1	<p>Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  <i>3 indicatori a target = raggiunto</i>  <i>2 indicatori a target = parzialmente raggiunto</i>  <i>0-1 indicatori a target = non raggiunto</i></p>	<= 23,50
6.3	<b>Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	ASUGI Indicatore 2	<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del</p>	alta aderenza ≥ 41,53 (mantenimento / miglioramento 2021)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. <i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto	
6.3	<b>Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	ASUGI Indicatore 3	- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. <i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto	bassa aderenza ≤ 21,00 (mantenimento / miglioramento 2021)
6.4	<b>Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari</b>	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS <i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)
6.4	<b>Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari</b>	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%)</i> <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</i>	
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormone della crescita, mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/8/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nel 2023, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no</i>	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormone della crescita, mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/8/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nel 2023, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no</i>	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2023 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2024 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei</i>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			<i>farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	
6.6	<b>Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)
6.6	<b>Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari	Relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati. Documento da inviare entro il 31.12.2023. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Documento inviato nei termini: si/no (peso 30%)</i> <i>Interventi positivi in base all'obiettivo assegnato: si/no (peso 70%)</i>	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023
6.7	<b>Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi, viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti, nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. Per la dispensazione del medicinale viene inoltre utilizzato il "flag innovatività" nei casi previsti, ai fini di consentire la puntuale rilevazione del dato per la relativa linea sovraziendale.	Inserimento dati a registro con particolare riferimento ai medicinali innovativi (oncologici e non) e nello specifico: - pazienti extra regione, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività; - pazienti FVG e del flag "innovatività" in fase di dispensazione, laddove previsto, per consentire il confronto tra dati della piattaforma AIFA e dati FVG, ai fini del calcolo della rispettiva linea sovraziendale. La DCS invierà con periodicità trimestrale i dati della piattaforma AIFA sulle dispensazioni innovative per le successive verifiche, ai fini del calcolo della spesa sostenuta. Il dato AIFA, verificato e implementato dalle Aziende con l'effettiva spesa, costituirà la fonte	- evidenza dei monitoraggi / percorsi  - riscontri richieste DCS

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			<p>ufficiale per la copertura della sovraziendale.</p> <p>Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, in relazione all'inserimento pz extraregione, inserimento pz FVG e flag innovatività e riscontro richieste di verifica sui dati AIFA.</p> <p><i>Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali si/no: (peso 30%) Riscontri alle verifiche della DCS sui dati AIFA vs dati FVG nei termini: sì/no (peso 70%).</i></p>	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA</p> <p>Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale. La DCS valuterà l'implementazione dei verticali regionali per la completezza dei dati derivanti dall'applicativo Log80.</p>	<p>Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente.</p> <p>Indicatore: Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza &gt; 90%</p> <p><i>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa &gt; 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa &lt; 85%: non raggiunto</i></p>	> 90%
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo. Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.</p>	<p>- % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 95%.</p> <p><i>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - % ≥ 95%: obiettivo raggiunto - % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto - % &lt; 85%: obiettivo non raggiunto</i></p>	≥ 95%

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo. Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.	- riduzione della % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo, rispetto all'anno precedente, al netto di registri AIFA o pz extra-regione. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo anche verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. <i>Modalità di valutazione:</i> % cartaceo 2023 < % cartaceo 2022 = raggiunto % cartaceo 2023 >= % cartaceo 2022 = non raggiunto	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI Mantenimento per tutte le Aziende del ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 70%. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</i> - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto	> 70%
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Azioni di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento in almeno 5 categorie di medicinali/ principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2022 >= 50% <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</i> - % PT informatizzati ≥ 50% in tutte le 5 categorie: raggiunto - % PT informatizzati ≥ 50% in 3 o 4 categorie: parzialmente raggiunto - % PT informatizzati ≥ 50% in meno di 3 categorie: non raggiunto	Aumento >= 50% in 5 categorie
6.8	Farmacovigilanza	Gli Enti avviano specifiche attività di farmacovigilanza (FV) che includano sia misure di farmacovigilanza attiva, coordinate dai RLFV, sia iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari alla FV.	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione tempestiva in RNF delle "tossicità a medicinale" per farmaci oggetto di Registro di monitoraggio AIFA. Sensibilizzazione degli operatori sanitari ai nuovi percorsi di segnalazione e all'importanza della farmacovigilanza nel post-marketing.	evidenza azioni avviate
6.8	Farmacovigilanza	1. Misure di FV attiva: i RLFV effettuano un monitoraggio della segnalazione in Rete nazionale di FV (RNF) delle sospette reazioni avverse (ADR) ai medicinali	1. Segnalazione in RNF per tutti i medicinali soggetti a registro AIFA per i quali la chiusura del trattamento riporti la motivazione "tossicità da medicinale" Indicatore	100% segnalazioni in RNF

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
		<p>soggetti a registro di monitoraggio AIFA. Dall'analisi dei dati relativi agli anni 2021 e 2022 si evidenzia infatti un fenomeno di sottosegnalazione rispetto all'atteso, in quanto solo per il 33% (4/12 nel 2021 e 2/6 nel 2022) delle schede AIFA chiuse con motivazione "tossicità da medicinale" si riscontra una segnalazione in RNF.</p>	<p>di risultato: 100% di "tossicità da medicinale" segnalate in RNF in rapporto alle "tossicità da medicinale" riportate nella scheda di chiusura trattamento dei registri AIFA</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  % segnalazione = 100%: obiettivo raggiunto  % segnalazione &gt; 85% &lt; 99%: obiettivo parzialmente raggiunto  % segnalazione &lt; 85%: obiettivo non raggiunto</p> <p>Ai fini della valutazione il CRFV predispone e invia agli Enti del SSR con cadenza trimestrale un report grafico con evidenza dei trattamenti chiusi per "tossicità da medicinale". I RLFV daranno evidenza dell'avvenuta segnalazione in RNF della "tossicità a medicinale" riportando in tabella il corrispondente ID AIFA della segnalazione associata all'evento. Qualora la voce "tossicità a medicinale" non figuri nell'estrazione dati, verrà richiesta ai RLFV una verifica sulle chiusure per "tossicità", al fine di stabilire se opportuna la segnalazione in RNF.</p>	
6.8	Farmacovigilanza	<p>2. Sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il tramite dei RLFV, sui percorsi di segnalazione in considerazione del passaggio alla nuova rete nazionale di farmacovigilanza (attiva dal 20.06.2022) e promozione della cultura della farmacovigilanza.</p>	<p>2. Promozione e avvio nel 2023 di almeno un evento di FV (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV).</p> <p>Indicatore di risultato:  Numero di iniziative promosse da ciascuna azienda/IRCCS in tema di farmacovigilanza su tematiche quali i nuovi percorsi di segnalazione e l'importanza della farmacovigilanza nel postmarketing.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i>  Invio al CRFV entro il 31.10.2023 di comunicazione riportante il dettaglio degli eventi organizzati ed avviati con relativo aggiornamento dei portali web aziendali dedicati alla FV. Comunicazione inviata nei termini e congrua nei contenuti (avvio di almeno un evento e aggiornamento del portale web): sì/no</p>	<p>entro 31.10.2023  invio a CRFV  dettaglio eventi</p>

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
6.9	Assistenza integrativa	<p>Le Aziende monitorano i dati di spesa e di consumo ed eventuali indicatori definiti in ambito aziendale:</p> <p>1. dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017</p> <p>2. dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)</p>	<p>Presentazione ad ARCS e DCS di una relazione entro il 28/02/2024</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. Relazione inviata nei termini: sì/no (peso 20%)</p> <p>2. Evidenza dei dati di monitoraggio nel corso dell'anno 2023 e dei suoi esiti come da relazione, relativamente a:</p> <p>2.a i dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 (peso 40%);</p> <p>2.b i dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM) (peso 40%).</p>	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)
6.10	Vigilanza sui dispositivi medici	<p>Gli Enti del SSR assicurano le attività di vigilanza nel rispetto delle disposizioni nazionali e delle indicazioni ministeriali.</p> <p>Supportano inoltre i Responsabili regionali della vigilanza (RRV) garantendo i riscontri richiesti dalla DCS nei tempi indicati, con particolare riferimento alla gestione degli avvisi di sicurezza</p>	<p>Gli Enti del SSR danno riscontro alle richieste formulate dalla DCS, nei termini e nelle modalità indicate</p> <p><i>Valutazione: garantito il riscontro entro i termini e modalità indicate per tutte le richieste:</i></p> <p>a. entro i termini e con rispetto delle modalità indicate: obiettivo raggiunto;</p> <p>b. entro sette giorni dopo la scadenza, o con modalità diverse da quelle indicate: obiettivo parzialmente raggiunto;</p> <p>c. con ritardo superiore a sette giorni: obiettivo non raggiunto.</p>	riscontro garantito entro i termini
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	<p>ARCS, in collaborazione con gli Enti del SSR, monitora periodicamente l'applicazione della procedura di "gestione del magazzino" e ne rileva le ricadute anche in termini di riduzione dei volumi e dei costi dei prodotti inutilizzati e/o scaduti</p>	<p>ARCS predisporre, in collaborazione con gli Enti del SSR un report di monitoraggio dei volumi e dei costi dei farmaci inutilizzati e/o scaduti nel 2023 rispetto all'anno precedente e lo trasmette alla DCS entro il 28/2/2024</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>documento inviato nei termini sì/no</p>	collaborazione alla predisposizione del report

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	<p>Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici</p> <p>(punto 1)</p>	<p>1. Il tavolo di lavoro definisce entro trenta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione un cronoprogramma delle attività già concordate con la DCS nel 2022:</p> <p>a. lo sviluppo di indicatori di monitoraggio per una possibile successiva definizione di obiettivi per le Aziende finalizzati a conseguire ricadute economiche/di appropriatezza positive per il SSR;</p> <p>b. verifica quantitativa ed economica dei DM annualmente scaduti, e identificazione di potenziali criticità correlate, da elaborare anche in collaborazione con gli altri enti;</p> <p>c. definizione di una proposta di correlazione tra i consumi di specifiche categorie / prodotti e volumi di attività con raffronto tra Enti, identificazione di eventuali disallineamenti dei dati di consumo aziendali rispetto ad un valore medio regionale/aziendale e delle criticità correlate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%);</p> <p>2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%);</p> <p>3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).</p>	collaborazione alle attività definite con ARCS
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	<p>Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (d.m Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS</p>	<p>Per l'attuazione dell'obiettivo ARCS entro trenta giorni dall'approvazione delle presenti Linee per la gestione del SSR organizza, convoca e coordina un tavolo di lavoro con la partecipazione degli Enti del SSR; ARCS informa preventivamente la DCS sui lavori del tavolo (modalità, tempistiche, argomenti affrontati, ...), a cui la DCS partecipa sugli argomenti di proprio interesse e dove ritenga di fornire specifici indirizzi.</p>	partecipazione ai tavoli

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale.  (punto 2)	2. Il tavolo di lavoro produce, entro il 30/09/2023, un documento operativo. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023: sì/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023: sì/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024: sì/no (peso 40%)	partecipazione alle attività coordinate da ARCS
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale.  (punto 3)	3. ARCS, ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO e CRO danno completa applicazione al documento operativo entro il 31/12/2023. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023: sì/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023: sì/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024: sì/no (peso 40%)	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Aggiornamento del "Protocollo operativo per la gestione della Logistica centralizzata" (di cui ai decreti del DG EGAS n. 135/2016 e n. 129/2018) in funzione del nuovo modello organizzativo della logistica centralizzata, degli strumenti operativi previsti dall'appalto in fase di avvio, del nuovo sistema informativo amministrativo – contabile, mediante la costituzione di specifico gruppo di referenti aziendali	Predisposizione del documento e sua adozione con atti formali da parte dei singoli Enti del S.S.R. entro il 31/12/2023.	documento predisposto e adottato entro il 31.12.2023
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio esternalizzato Individuazione dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale	Analisi della consistenza della documentazione cartacea conservata presso i locali del gestore del servizio esternalizzato tramite verifica della corretta applicazione dei principi previsti dai massimari di scarto aziendali e dalla normativa specifica di settore entro il 31/05/2023.	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio esternalizzato Individuazione dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato,	Verifica della fattibilità e dell'impatto del processo di digitalizzazione dei documenti cartacei, per la realizzazione di una progressiva dematerializzazione; individuazione del modello organizzativo e gestionale dei flussi documentali e definizione delle	partecipazione alle attività coordinate da ARCS

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
		propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale	specifiche tecniche del nuovo capitolato di gara per l'attivazione della nuova procedura, entro il 31/12/2023.	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficienza della spesa degli Enti del SSR	- Gli Enti del SSR, entro il 30 novembre di ogni anno, aderiscono alla pianificazione di ARCS sulla base dei propri fabbisogni e possono avanzare proposte per eventuali integrazioni e/o modifiche;	adesione entro 30.11.2023
7.4	Attività di coordinamento	Coordinamento dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Costituzione di un tavolo interaziendale con i RPCT e loro personale di supporto degli Enti del SSR FVG entro il 30/4	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale
7.4	Attività di coordinamento	Coordinamento delle attività dei Responsabili degli acquisti e dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilità ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023	regolamento definito entro il 31.12.2023
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- ARCS definisce, sentiti gli Enti del SSR, i programmi operativi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023;	partecipazione alle attività coordinate da ARCS
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- Gli enti del SSR collaborano ai programmi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo da parte di ARCS nelle materie di cui all'art. 4, comma 4, lett. c) della l.r. n. 27/2018	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione strutturata dell'art. 4, comma 4, lett. f), della l.r. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge le funzioni di monitoraggio e vigilanza sugli Enti del SSR nel rispetto degli indirizzi e indicazioni generali della DCS	- ARCS definisce, sentiti gli enti del SSR, i programmi operativi di monitoraggio e vigilanza da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023	partecipazione alle attività coordinate da ARCS
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR (programma operativo regionale)	evidenza partecipazione
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale	Avvio di almeno un processo di transizione entro il 30/09/2023	>=1 processo di transizione avviato entro 30.9.2023
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Costituzione gruppi di lavoro disciplinari per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina entro il 28/02/2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Approvazione documento sui percorsi di telemedicina entro il 30/06/2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Avviamento di almeno 4 processi di telemedicina entro il 30/09/2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: “Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata”.	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: “Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata”.	Individuazione del dipartimento pilota all’interno di ogni Ospedale DEA entro il 31/05/2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: “Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata”.	Avviamento del dipartimento pilota per ogni ospedale DEA entro il 31/10/2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 1.3.2 4 NUOVI FLUSSI INFORMATIVI NSIS: • Assistenza riabilitativa • Consulteri • Ospedali di comunità • Servizi di assistenza primaria	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA	Assicurare l’attuazione del piano di migrazione dei collegamenti dati per le sedi previste dal PIANO SANITA’ CONNESSA	attuazione assicurata
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Approvazione del cronoprogramma per l’avvio di almeno 3 enti nel corso del 2023 entro il 28/02/2023.	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Assicurare l’avviamento degli enti secondo il cronoprogramma.	avviamento secondo cronoprogramma
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	evidenza partecipazione

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
8.3	Piani terapeutici informatizzati	Avvio dell'iter per l'integrazione dei sistemi informativi delle case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (Obiettivo trasversale con l'assistenza farmaceutica)	Fattibilità e avvio in almeno un'azienda sanitaria dell'applicativo PSM-PT nelle case di cura private accreditate per la successiva integrazione con Sistema TS. Formazione sull'utilizzo dello strumento ed evidenza dell'attivazione (rilascio di PT informatizzati) nelle strutture accreditate delle aziende interessate entro fine 2023.	evidenza avvio (se coinvolta)
8.4	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	>= 75% partecipazione
8.5	Sicurezza informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Individuazione dei referenti aziendali per la sicurezza informatica	referenti individuati e comunicati alla DCS
8.5	Sicurezza informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Partecipazione agli incontri del gruppo regionale per la sicurezza informatica	evidenza partecipazione
8.6.2	Servizi collegati all'utilizzo del fascicolo sanitario per l'operatore clinico	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Entro dicembre 2023 il prototipo viene attivato almeno presso un sito pilota	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)
8.6.3	Piattaforma di refertazione radiologica ai sensi del D. Lgs. 101/2020	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	A valle dell'aggiudicazione da parte di INSIEL della gara per l'acquisizione della piattaforma SW per la gestione digitalizzata del dato dosimetrico e delle attività della Fisica Sanitaria, ARCS, d'intesa con la DCS, coordina le attività di predisposizione, installazione e avviamento presso l'Azienda sanitaria pilota e poi a seguire presso le altre Aziende, nel rispetto del cronoprogramma definito in sede di gara. Entro un mese dalla sottoscrizione del contratto con l'aggiudicatario, viene predisposto da ARCS, con il supporto delle risorse tecniche delle Aziende sanitarie, e con l'aggiudicatario l'aggiornamento del cronoprogramma di dettaglio per l'avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi a seguire presso le altre strutture regionali. Le Aziende garantiscono il supporto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• per la definizione del cronoprogramma delle attività di avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi presso le altre Aziende;</li> <li>• per l'implementazione, la configurazione e la messa in</li> </ul>	supporto alle attività coordinate da ARCS

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
			servizio della piattaforma all'interno delle proprie strutture; • al DEC del contratto delle competenze specialistiche necessarie per attestare la regolare esecuzione dei servizi oggetto di fornitura	
9	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	utilizzo corretta codifica
9	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	Tutte le Aziende: Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi
10.5.2	Programmazione 2024	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2024 entro il 15 settembre 2023 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti	PPI adottato entro 15.9.2023
11.4.8	Sistema gestionale del personale	INDICATORE: - Implementazione delle tabelle e dei sistemi gestionali aziendali dedicati al personale del SSR nei tempi e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, INSIEL e GPI.	I dati implementati dovranno essere visibili all'interno del cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Percorsi formativi di valenza regionale previsti dal Piano della Formazione Regionale (PFR)	I percorsi formativi di valenza regionale previsti nel Piano saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza trimestrale.	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Stesura del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	Trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	eventuale aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR
11.4.8	Programmazione della formazione	LA RELAZIONE ANNUALE REGIONALE Redazione della relazione annuale regionale	redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2022 entro il 31 maggio 2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target 2023
11.4.8	Programmazione della formazione	CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE PNRR, Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività
11.4.8	Programmazione della formazione	INCREMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI DEI PROFESSIONISTI DEL SISTEMA SANITARIO. PIANO OPERATIVO SULLA FORMAZIONE FSE PNRR Missione 6 Salute Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività
11.4.8	Programmazione della formazione	Formazione middle management e definizione dei profili di competenze (area infermieristica e ostetrica)	- partecipazione dei referenti aziendali individuati ad almeno il 90% delle riunioni del tavolo	partecipazione >= 90%

## 12 LE REGOLE GESTIONALI

### 12.1 Vincoli gestionali

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, ASUGI porrà in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei vincoli di seguito esposti.

Si riportano di seguito in formato tabellare i vincoli gestionali imposti dalle Linee Annuali di Gestione del SSR per l'anno 2023 di cui alla DGR 480/2023.

VINCOLI da Linee di gestione	Obiettivo 2022
Farmaceutica territoriale diretta	€ 35.506.998,00
Farmaceutica territoriale convenzionata	€ 47.781.022,00
Farmaceutica territoriale – DPC	€ 18.849.394,00
Farmaceutica ospedaliera	-2,5 % rispetto 2022
Dispositivi medici	€ 52.753.398,26
Prestazioni ambulatoriali	3,4 pro capite (esclusa branca di laboratorio)
Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche	€ 5.149.000,00 (< tetto massimo costo 2015)
Spending review	prosecuzione azioni avviate dal 2012 (ai sensi DL 95/2012 e DL 78/2015 e s.m.i.)
Personale	Si rinvia a quanto riportato nel capitolo sui Costi del personale e politiche assunzionali

#### 12.1.1 Farmaceutica

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

- Per la *Farmaceutica territoriale* (diretta + convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella *Tabella 1 - FINANZIAMENTO PER POPOLAZIONE E FUNZIONI* ;

- Fonte dati diretta: Flussi N-S1S + "minsan fittizi".
- Fonte dati convenzionata e DPC: Liquero e GoOpenDPC.

- Per la *Farmaceutica ospedaliera* di seguito è riportato il dato di spesa distinto per Ente erogante di gennaio-ottobre 2022 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente al netto dei vaccini, dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA con costo paziente/anno > ai 100.000 euro), dei centri di costo COVID-19, dei farmaci oncologici ed emato-oncologici e dei farmaci innovativi coperti da specifica sovraziendale erogati a residenti FVG, compresa la quota della distribuzione diretta (10% - quota oncologici esclusa).

- Fonte dati: Flussi N-SIS + "minsan fittizi".

Ente erogante	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2021)	Ospedaliera + 10% diretta (gen-ott 2022)	Δ	Δ%
ASU GI	14.098.818	16.225.526	2.126.708	15,1%

Per il 2023, gli Enti che hanno registrato nel 2022:

- una riduzione superiore alla media % regionale del 2022 dovranno ridurre dello 0,5%;
- un aumento percentuale inferiore o in linea con il valore regionale dovranno ridurre dell'1%;
- un aumento percentuale superiore di 3 punti percentuali rispetto al valore regionale dovranno ridurre del 2,5%:

Obiettivi di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera	
Ente erogante	obiettivo 2023
ASUGI	-2,5%

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresala quota in DPC presso ASU GI, ASU FC e AS FO), i medicinali per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro, i centri di costo COVID-19 e i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da sovraziendale.

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

La Regione FVG, in quanto a statuto speciale, attualmente non accede a tale fondo: tuttavia questi farmaci hanno un impatto rilevante anche nella nostra Regione, di cui è necessario tener conto, sia in ambito oncologico che non oncologico. Oltre a ciò anche altri farmaci ad alto costo (non solo innovativi) nell'ambito delle stesse aree terapeutiche (area oncologica ed emato-oncologica), negli ultimi anni hanno fatto registrare un incremento di spesa, anche a seguito delle innovazioni farmacologiche che si sono rese disponibili e dell'estensione delle indicazioni terapeutiche.

Nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) e L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE  $\alpha$ , ALDE5LEUCHINA, BACILLO CALMETE GUERRIN (BCG), MIFAMURTIDE, PLERIXAFOR, LENALIDOMIDE, TALIDOMIDE e POMALIDOMIDE; sono stati quindi esclusi quei farmaci che, pur appartenendo alla classe ATC L dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, hanno indicazioni diverse (Es: malattie reumatiche, trapianto, ecc.). Sono escluse da tale ambito le terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T e gli innovativi oncologici coperti dalla linea sovraziendale (solo indicazioni innovative).

Per il 2023 si prevede, per i farmaci oncologici ed emato-oncologici nel canale ospedaliero, esclusi gli innovativi oncologici e compresa la quota della distribuzione diretta per la suddetta classe di farmaci (10% - oncologici) il mantenimento del valore registrato nell'anno 2022.

Tenuto conto del mantenimento anche per il 2023 della linea sovraziendale per la copertura di una quota parte dei costi dei farmaci innovativi (oncologici e non – solo indicazioni innovative – fonte dati AIFA), nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per tali attività (cfr. quanto indicato alla Tabella 2 - FINANZIAMENTO ATTIVITÀ FINALIZZATE E/O DELEGATE DALLA REGIONE (C.D. "SOVRAZIENDALI"), nel corso del 2023 continuerà il monitoraggio specifico su tali farmaci, operando la correzione sui dati complessivi di spesa, per il rispetto dei rispettivi vincoli assegnati.

## FARMACEUTICA

Tabella 19 - Vincoli gestionali				
19.1 FARMACEUTICA				
	descrizione vincolo	costo 2022 (stima su consolidato ai 10 mesi)	importo vincolo	previsione 2023
FARMACEUTICA TERRITORIALE CONVENZIONATA	costo procapite € 109,00	48.687.070,90	47.781.022,00	47.781.022,00
FARMACEUTICA TERRITORIALE (90%) (farmaceutica diretta senza farmacie per terapie antimiotiche-costo trattamento > 2 milioni, farmaci SMA - costo/anno paziente >100.000, farmaci innovativi)	costo procapite € 81,00	34.439.642,00	35.506.998,00	35.506.998,00
DPC (b)				
- farmaci	costo procapite € 43	17.208.845,75	18.849.394,00	18.849.394,00
- servizio		3.084.636,77		
FARMACEUTICA OSPEDALIERA (spesa ospedaliera + 10% diretta residenti fvg: senza covid, vaccini, farmaci SMA - costo/anno paziente >100.000), innovativi, oncologici ed emato-oncologici, farmaci CAR-T)	riduzione rispetto consumo 2022 -1,0% ASFO -1,0% ASUFC -2,5% ASUGI -0,5% IRCS BURLO -0,5% IRCS CRO Totale -1%	20.200.264,29	19.695.257,68	19.695.257,68
FARMACI ONCOLOGICI (esclusi innovativi)	mantenimento valore 2022	11.060.825,08	11.060.825,08	11.060.825,08
ALTRI DATI CHE COMPONGONO LA SPESA FARMACEUTICA				
distribuzione diretta a residenti extraregione	nessun vincolo (ipotesi mantenimento dato 2022)	661.484,70		661.484,70
90% distribuzione diretta ad altri residenti della regione	dati da tabelle mobilità	952.626,50		952.626,50
Farmaci emofilia (costo trattamento > 2 milioni)		-		-
Farmaci SMA (costo/anno paziente >100.000)		500.000,00		500.000,00
Farmaci Innovativi		5.498.497,69		5.498.497,69
Farmaci CAR-T	dato non in possesso della farmacia (ASUGI non ha centri CAR-T)			
Farmaci centri di costo COVID		358.942,80		
Pay back farmaci a detrazione costo	dato in possesso degli uffici finanziari			
Altri consumi di farmaci e ossigeno non trasmessi attraverso flussi farmaceutica (scaduti, minsan esclusi o nulli, ecc)		497.322,49		497.322,49
<b>TOTALE</b>	<b>Farmaceutica convenzionata</b>			<b>47.781.022,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>Prodotti farmaceutici</b>			<b>93.222.406,14</b>
<b>TOTALE</b>	<b>Servizio DPC</b>			<b>Dato già conteggiato al rigo 9</b>

La Regione FVG chiude l'anno 2022 con un aggravio di spesa farmaceutica complessiva del +6.0% rispetto l'anno 2021, stimato su 10 mesi. ASUGI realizza un +7.3%, ponendosi dopo anni al disopra della media regionale.

Per l'anno 2023 la DCS ha fissato precisi vincoli di spesa alle Aziende Sanitarie che debbono essere rispettati. A tal fine la farmaceutica convenzionata, la farmaceutica diretta e la farmaceutica per conto, hanno dei tetti pro capite (vedi descrizione del vincolo Tab.19, mentre per la farmaceutica ospedaliera per il 2023 ad ASUGI viene chiesto di conseguire un abbattimento della spesa del -2.5% rispetto l'anno 2022, ad eccezione della spesa per emato-oncologici che deve essere mantenuta pari al 2022, Tab,1.

La Tab.19 è stata congegnata ai fini della stesura di una previsione di bilancio che non può prescindere dai vincoli assegnatoci (colonna importo vincolo) e ad inizio anno vale come impegno al loro perseguimento.

### ***Andamento effettivo rispetto finanziamento dei diversi tipi di spesa***

Premesso che l'andamento effettivo risulterà condizionato da molteplici fattori di possibile accadimento in corso d'anno, quali la ricollocazione dei farmaci all'interno dei diversi tetti di spesa (es da convenzionata a DPC), la collocazione iniziale decisa dalla Regione (Diretta piuttosto che DPC o viceversa) l'arrivo di nuovi farmaci, la scadenza brevettuale ecc, si avanzano alcune ipotesi.

#### ***Farmaceutica convenzionata.***

Ci sono delle probabilità per cui il tetto possa essere superato anche per effetto dell'abbassamento della quota procapite deciso per l'anno 2023.

#### ***Farmaceutica diretta***

Ci sono delle possibilità per il rispetto del tetto in virtù del finanziamento dei farmaci innovativi posto in essere dal FVG con l'anno 2022 e che proseguirà anche per l'anno corrente

#### ***Farmaceutica Ospedaliera***

Considerando l'evoluzione del mercato farmaceutico nazionale ed il contesto in ASUGI, sarà improbabile realizzare per questa tipologia di spesa un calo del -2.5% rispetto l'anno 2022.

#### ***Spesa per ematologici oncologici***

Si può ambire di mantenere la spesa invariata rispetto l'anno 2022 soltanto in virtù di una spesa 2022 in ASUGI che ha incrementato straordinariamente rispetto l'anno 2021 rispetto le altre Aziende regionali. S,e però, detto incremento, piuttosto che indice di recupero nelle liste di attesa, è segnale di una ancora non sufficiente attenzione ai temi della costo efficacia in questo ambito , non sarà certamente raggiunto.

## **12.1.2 Dispositivi medici**

Il decreto legge n. 98/2011, articolo 17, comma 1, lett. c), ha fissato un tetto per la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, a livello nazionale e a livello di ogni singola regione. A decorrere dal 2014, tale tetto è stato posto nel 4,4% del livello di finanziamento del SSN a carico dello Stato.

Il decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, art. 9-ter, comma 8, come modificato dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145, ha stabilito che, a decorrere dall'anno 2019, il superamento del tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, a livello nazionale e regionale, è rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda fornitrice, al lordo dell'IVA, risultante dai dati della fatturazione elettronica relativi all'anno solare di riferimento.

A tal proposito ASUGI mette in atto le indicazioni operative che il Ministero della Salute ed il MEF hanno fornito per consentire una uniforme applicazione della normativa citata (circolare prot. n. 8352, del 30/03/2020, trasmessa dalla DCS con prot. n. 20447/2020).

Ciò premesso, resta confermato l'impegno nel rispetto delle misure di contenimento della spesa qui in esame già vigenti con la neutralizzazione nella comparazione dei dati dei centri di costi Covid, sia per l'esercizio 2022 che per l'esercizio 2023, con evidenza separata dell'andamento di quest'ultimi nell'esercizio 2023 rispetto al 2022 e della componente inflattiva eventualmente rilevata.

L'azienda si impegna a trasmettere una dettagliata relazione trimestrale sulle azioni attivate nell'esercizio e sui risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi economici assegnati con le presenti linee, salvo eventuali verifiche straordinarie promosse dall'Azienda regionale per il coordinamento della Salute in attuazione degli indirizzi impartiti dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Fermo restando il tetto del 4,4 stabilito per ciascuna regione dall'articolo 15, comma 13, lettera f), del d.l. n. 95/2012, così come modificato dall'art. 1, c. 131, lett. b), della l. n. 228/2012, la misura minima di contenimento della spesa per dispositivi medici viene indicata nella tabella di seguito riportata, parametrata ai dati di consumo dell'esercizio 2019 (determinati al netto degli oneri sostenuti per la ricerca finanziati con

appositi finanziamenti sia pubblici che privati) diminuito del 2%.

Tale valore costituisce l'obiettivo minimo che ASUGI dovrà conseguire per l'anno 2023.

Ente	Consumi 2019	Obiettivo contenimento costi dispositivi medici anno 2023
ASU GI	53.829.998,22	52.753.398,26

Per i Dispositivi medici è stata prevista una sensibile riduzione dei costi a bilancio (determinati al netto degli oneri sostenuti per la ricerca finanziati con appositi finanziamenti sia pubblici che privati) rispetto all'anno 2019, al fine di un graduale e progressivo avvicinamento della spesa al rispetto del vincolo nazionale previsto dal D.L. 95/2012 art. 15, co. 13, convertito con L. 135/2012, come modificato dalla L. 228/2012 art. 1, co. 131 lettera b), pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard.

Relativamente alla spesa sostenuta per i dispositivi medici nel 2022, da un'analisi approfondita dei costi, si evidenzia che dal mese di marzo, tutto l'anno è stato caratterizzato dalla ripresa a pieno regime dell'attività sia chirurgica che ambulatoriale, segnata negli anni precedenti dalla pandemia COVID.

A questa ripresa delle attività è conseguito un consumo maggiore di dispositivi medici e l'introduzione di nuove metodiche.

Considerando la spesa per i Dispositivi medici del 2019, rapportata alla spesa del 2022 della sola area giuliana, in quanto risulta non quantificabile la spesa per l'area isontina del 2019, in quanto il dato risulta accorpato per tutta la ex ASS 2 e non separabile, e togliendo i costi dei DM ancora da imputare al COVID, lo scostamento totale è di € 3.598.883,98, che, come si evince dalla tabella sottostante, risulta aumentato del 8,48% rispetto al dato 2019.

Considerando il forte aumento dei costi dei materiali, legato principalmente al rincaro globalizzato dei costi di energia, trasporti, materie prime e inflazione, che ha condizionato la produzione e i prezzi di tutti i beni in maniera generale e in particolare il settore medicale, quantificabile a circa il 15%, la spesa dei dispositivi medici può ritenersi in contrazione rispetto al dato 2019 (vedi tabella).

GRUPPO	MASTRO	CONTO	LIV4	LIV5	LIV6	NOME_VOCE	DESC_VOCE	Importo 2019 ASUITS	Importo 2022 Area Giuliana	Covid area giuliana	Delta	Delta %
300	100	300	100	0	0	300DISPOSITI	DISPOSITIVI MEDICI	18.438.660,18	18.075.375,65	72.628,04	- 435.912,57	-2,4%
300	100	300	200	0	0	300DISP.IMP.	DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	2.181.504,92	2.281.879,73	158,44	100.216,37	4,6%
300	100	300	300	0	0	300DISP.IVD.	DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO	10.709.614,62	16.089.498,38	4.794.015,55	585.868,21	5,5%
300	100	900	200	0	0	300R.DISPOSI	DISPOSITIVI MEDICI	10.728.346,61	14.503.960,18	344.762,21	3.430.851,36	32,0%
300	100	900	250	0	0	300R.DISP.IM	DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	4.480,00	5.159,20	-	679,20	15,2%
300	100	900	300	0	0	300R.DIS.IVD	DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO	391.678,25	422.544,48	113.684,82	- 82.818,59	-21,1%
								<b>42.454.284,58</b>	<b>51.378.417,62</b>	<b>5.325.249,06</b>	3.598.883,98	<b>8,5%</b>

Per quanto riguarda le attività intraprese a contenimento della spesa, nell'anno 2022, in particolare, l'attività principe è stata quella di ricondurre il più possibile gli acquisti al materiale di gara che naturalmente si intende proseguire per l'anno in corso. Durante l'anno 2023 verrà anche incrementato il monitoraggio costante dei consumi con report almeno trimestrali che permettano di verificare la stretta connessione tra gli acquisti di dispositivi medici con la programmazione sanitaria aziendale e la necessità di riavvio dell'attività chirurgica in particolare, in ripresa dopo la sospensione dovuta al Covid.

Relativamente ai diagnostici in vitro, si stanno riconducendo a gara alcune tipologie di presidi, come ad esempio virus influenzali e la diagnostica del clostridium difficile.

Durante l'anno 2023 ci si propone di migliorare l'appropriatezza anche mediante corsi di formazione ai medici

prescrittori intensificando l'attività preanalitica di valutazione dell'appropriatezza stessa

Il dipartimento di Medicina dei Servizi sta attuando una significativa attività di coordinamento delle attività diagnostiche fra i diversi laboratori, in particolare dell'area microbiologica, al fine di favorire la maggior integrazione fra i diversi laboratori, come previsto nei recenti piani aziendali.

Ciò ha consentito di uniformare i contratti in essere fra le due aree e di aggregare i fabbisogni"

Per il 2023 si segnala una riduzione, al momento difficilmente quantificabile, del numero di test COVID.

### **12.1.3 Prestazioni ambulatoriali**

Il vincolo per il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata è fissato a 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2023 relativamente ai vincoli sull'attività viene previsto il contenimento del numero delle prestazioni ambulatoriali procapite in massimo 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). I dati relativi agli ultimi esercizi dimostrano il non rispetto del vincolo.

### **12.1.4 Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche**

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

Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi non superiori a quelli sostenuti nell'anno 2015. Il valore riportato nel bilancio preventivo 2023, pari a € 5.149.000, rispetta tale vincolo. L'Azienda adotterà come priorità d'intervento quelle connesse con la sicurezza degli impianti e delle strutture, come richiesto dalle direttive regionali.

### **12.1.5 Contenimento della spesa e spending review**

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

In relazione alla spending review le Aziende dovranno fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 conformemente a quanto disposto dal DL 95/2012, convertito con L. 135/2012, e dal DL 78/2015, convertito con L. 125/2015, e successive modifiche ed integrazioni.

Per il conseguimento degli obiettivi legati alla spending review si fa, in particolare, riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 1813/2015, ed al successivo Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della Direzione Centrale Salute Integrazione socio sanitaria politiche Sociali e famiglia, nei quali sono stati precisati gli obiettivi economici delle aziende del SSR e sono state individuate le azioni di razionalizzazione tese al conseguimento dei necessari risparmi.

Si rammenta che, dopo l'entrata in vigore delle norme di cui sopra, e quindi in attuazione delle indicazioni regionali, i Centri di Risorsa delle Aziende allora esistenti ed ora confluite in ASUGI hanno avviato i contatti con i fornitori titolari dei contratti in essere al 15/08/2015 con gare esperite autonomamente (dalle forniture

oggetto di rinegoziazione aziendale, sono stati quindi esclusi tutti i contratti relativi a procedure esperite dalla centrale di committenza regionale EGAS ex DSC), al fine di attivare le procedure di rinegoziazione degli stessi.

Data la molteplicità e complessità delle forniture, la metodologia seguita nella programmazione delle attività si è basata anche su logiche di priorità economica (ovvero costi e durata dei contratti), previa verifica di percorribilità con i Direttori delle Strutture operative con riferimento ai contratti di servizi rivolti alla persona e tenuto conto della necessità di salvaguardare il mantenimento dei livelli qualitativi delle prestazioni rese dai fornitori nel loro complesso, come peraltro successivamente indicato dalla DGR 1813/2015.

Prosegue tuttora, per i contratti vigenti, l'applicazione delle condizioni contrattuali così riviste ed aggiornate, di cui si esplicheranno pertanto gli effetti anche nell'esercizio 2023. Vengono doverosamente salvaguardati peraltro, in relazione alla progressiva evoluzione della situazione aziendale, i necessari requisiti di esercizio dell'attività istituzionale e le connesse prestazioni dei servizi imprescindibili.

Vengono di seguito illustrate, nel dettaglio, le azioni di contenimento della spesa previste nell'anno 2023 nei vari ambiti di gestione delle risorse (patrimonio, lavori, beni e servizi) in conformità alle disposizioni vigenti in materia di spending review.

### Farmaceutica

Sarà cura del Servizi di Farmacia rendicontare al passare dei mesi a Direzione ed ai Centri di costo l'andamento di spesa effettivo per cogliere aggiustamenti del bilancio in corso (Direzione) e responsabilizzare ulteriormente i decisori di spesa su scelte che consentano di perseguire l'equilibrio di bilancio.

A tal fine il finanziamento consentito dalla Regione FVG per l'anno 2023 viene redistribuito con l'assegnazione di un budget di spesa per tutti i Centri di costo giuliani.

Un tanto per dare contezza a tutti i responsabili di budget delle possibilità di spesa derivante dai tetti regionali.

Inoltre, la SC Assistenza farmaceutica Area Giuliana e la SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, oltre a controllare che tutte le richieste di acquisto farmaci rispettino il dettato normativo, effettueranno per i farmaci ad alto costo una verifica sostanziale tesa ad escludere, di volta in volta, l'assenza di alternative migliori dal punto di vista dei costi, dell'efficacia e della sicurezza e, nel caso venissero individuate, procederà con un approfondimento col clinico richiedente.

Le due SC procederanno, altresì, all'individuazione di tematiche meritevoli di specifiche analisi che dovessero affiorare nel corso dell'anno.

L'Azienda aderirà tempestivamente al nuovo accordo quadro regionale per l'utilizzo dei biosimilari con sostituzione completa delle terapie in atto col brand per alcune specialità e la scelta prioritaria del biosimilare in tutti i pz naive per altri principi attivi.

Si continuerà a privilegiare, a parità di efficacia e sicurezza, i farmaci a brevetto scaduto anche per la consegna ai pazienti in dimissione, esercitando così un influsso calmierante sui costi della farmaceutica territoriale convenzionata.

Si procederà, inoltre, alla produzione di siringhe intravitreali di Bevacizumab per il trattamento delle maculopatie.

Per quanto concerne i rapporti con i MMG, verranno organizzati incontri nell'ambito delle AFT e trasmessi note e report sull'andamento dei consumi e dei costi delle diverse classi terapeutiche di prescrizione dei MMG e PLS. Per favorire una maggior responsabilizzazione dei medici decisori di spesa, il costo delle proprie scelte prescrittive rimane addebitato alla Struttura di appartenenza, anziché venir posta in capo ai Distretti, nel caso i pz venissero là convogliati per il ritiro dei farmaci.

In ultimo la SC Farmacia Area Giuliana cura un'informazione indipendente mettendo a disposizione dei prescrittori analisi concernenti gli aspetti di efficacia, sicurezza e dei costi dei nuovi farmaci, per consentire una collocazione nel novero delle alternative già disponibili, che non si basi soltanto sulle valutazioni dei produttori.

### Approvvigionamento di beni e servizi - Area giuliana

Nel 2023 proseguiranno le azioni e gli interventi di spending review avviati negli anni precedenti, nei limiti di quanto possibile nella situazione congiunturale data, attesa l'impennata del tasso di inflazione e attese altresì le norme che impongono il riequilibrio dei contratti a favore dei fornitori, ove ne ricorrano le previste condizioni. In particolare, per gli appalti principali si evidenzia quanto segue:

gli appalti per la ristorazione avevano registrato nella fase pandemica una riduzione dei costi, dovuta alla contrazione dei ricoveri tali da aver fatto emergere richieste di riequilibrio/ristoro da parte della ditta appaltatrice per l'area ospedaliera (cui non è stato dato seguito); gli incrementi dei prezzi unitari dovuti alla congiuntura economica si sono attestati, per il 2023, su circa il 4,5-5,0%, al di sotto del tasso di inflazione corrente. Nella seconda parte dell'anno è previsto l'avvio del nuovo appalto regionale per la ristorazione per tutti gli Enti del SSR, di cui allo stato non è possibile prevedere puntualmente l'impatto economico, data la strutturazione del servizio in parte diversa;

### Approvvigionamento di beni e servizi - Area Isontina

Nell'area isontina i contratti in essere economicamente più rilevanti quali la ristorazione, i trasporti sanitari e non sanitari e la gestione del Cup sono già stati oggetto di spending review negli anni scorsi. La nuova procedura di affidamento del servizio CUP, avviata dal 1 aprile 2023, ha visto una diminuzione del costo del servizio a seguito della riduzione delle attività di gestione amministrativa di alcune linee di lavoro afferenti al Dipartimento di Prevenzione.

Sono di prossima scadenza le convenzioni dei trasporti secondari che, in considerazione degli aumenti dei costi energetici e di carburante nonché del personale sanitario, sono oggetto di valutazione rispetto alla possibilità di una gestione diretta degli stessi.

Nella seconda parte dell'anno è previsto l'avvio del nuovo appalto regionale per la ristorazione per tutti gli Enti del SSR, di cui allo stato non è possibile prevedere puntualmente l'impatto economico, data la strutturazione del servizio in parte diversa;

Per quanto riguarda l'appalto in essere della ristorazione, nella fase pandemica, si è registrata una riduzione dei costi; Ad oggi risulta sia stato richiesto ad Arcs il riconoscimento dell'adeguamento prezzi pari a 8,62%, accolto favorevolmente ma non ancora formalizzato da quest'ultima (quindi al di sotto del tasso di inflazione corrente del periodo).

È altresì, stato aggiudicato da ARCS l'appalto della logistica centralizzata per le Aziende del SSR che ha previsto per Asugi l'inizio al 1 settembre 2023 con affidamento del servizio di logistica di magazzino, oltre a quello, già esternalizzato relativo alla gestione del magazzino della Farmacia. Le procedure di avvio sono in fase di formalizzazione.

Inoltre, In questo contesto appare opportuno evidenziare che l'approvvigionamento di beni e servizi avviene, per la maggior parte, sulla base di contratti attivati tramite convenzione Consip o mediante acquisti centralizzati presso l'ARCS e, pertanto, non suscettibili di rinegoziazione da parte delle Aziende.

### Gestione INFRASTRUTTURE ED IMPIANTI - Area Giuliana

Conformemente alle linee di gestione, la programmazione preventiva 2023 rispetta i vincoli di spesa previsti per le attività manutentive riferite all'esercizio 2015, date dalla somma della spesa dell'allora ASS1 e dell'allora AOUTS.

I costi di manutenzione e gestione del patrimonio dell'area giuliana, stimati in complessivi euro 22,672 milioni di euro, hanno subito un sensibile decremento rispetto alla previsione dell'anno precedente grazie al calo dei costi dei vettori energetici sul mercato italiano.

Tali costi, nonostante il calo avvenuto nel primo trimestre dell'anno in corso, risultano essere sempre notevolmente superiori rispetto alle condizioni standard (triennio 2018-2019-2020) e continuano a modificare

profondamente l'incidenza percentuale sul bilancio degli oneri manutentivi rispetto a quelli per utenze e gestione calore spostando su questi ultimi i maggiori oneri del bilancio.

Gli interventi eseguiti, che hanno trovato nell'anno scorso la loro ultimazione e finalizzati al risparmio energetico, hanno contribuito in maniera significativa alla riduzione dei consumi (energia elettrica, acqua e gas).

Si ritiene significativo, infatti, evidenziare l'oggettiva mitigazione dell'aumento dei costi riferibili all'approvvigionamento dei vettori energetici (energia elettrica, acqua e gestione calore) che, in assenza degli interventi sopracitati sarebbero stati ben maggiori ed avrebbero generato un ulteriore aggravio della spesa dell'Azienda.

La riduzione drastica dei consumi, e di conseguenza degli sprechi, è ascrivibile sia alle azioni di contenimento adottate in termini generali sia mediante il ricorso al contratto di concessione di servizi rivolto alle sedi ospedaliere, che con azioni strutturali finalizzate al risparmio energetico, ha visto ulteriori benefici anche peraltro in termini di minore inquinamento ambientale.

Il contenimento della spesa manutentiva viene perseguito, quindi, rispettando i vincoli di spesa, che costituiscono già di per sé spending review ma si ritiene necessario sottolineare come l'esplosione al rialzo del tasso d'inflazione avvenuto lo scorso anno rende particolarmente complesso il mantenimento di tali vincoli che risultano essere ormai totalmente anacronistici.

#### Gestione Patrimonio immobiliare edile-impiantistico - Area Isontina

In relazione alla spending review, si conferma che proseguono le azioni attuate dal 2012 conformemente a quanto disposto dal DL 95/2012, convertito con L. 135/2012, e dal DL 78/2015, convertito con L. 125/2015.

Appare opportuno evidenziare che l'approvvigionamento di beni e servizi avviene, per la maggior parte, sulla base di contratti attivati tramite convenzione Consip o mediante acquisti centralizzati presso l'ARCS e, pertanto, non soggetti a rinegoziazioni da parte delle Aziende.

L'unico contratto in essere, ereditato, dall'ex AAS 2, è quello relativo alla gestione edile ed impiantistica del patrimonio immobiliare dell'area Isontina, è in scadenza nell'aprile 2023.

Tale servizio è già stato soggetto negli ultimi anni di azioni di spending review.

Nonostante ciò anche per il 2022 questo ultimo contratto sarà oggetto di spending review, in particolari le seguenti attività edili ed impiantistiche:

- appartamento sito in via IX agosto a Gorizia, nuova sede del servizio di Neuropsichiatria Infantile;
- laboratorio di microbiologia sito al 2° piano del Presidio Ospedaliero di Monfalcone, all'interno del contratto manutentivo in essere;
- sconto contrattuale, rispetto ai prezziari di riferimento DEI, per le opere di manutenzione straordinaria pari al 18 %;
- appartamento sito in Via Cipriani a Gorizia.

Inoltre, senza incremento dei costi, sono stati affidati all'operatore economico il servizio dell'Energy Manager Aziendale riguardante tutti gli immobili Aziendali, all'interno del contratto manutentivo in essere, con incremento della proprietà di Via Cipriani, il risparmio ipotizzato sarà pari a € 32.220 oltre iva di legge.

In aggiunta a quanto sopra evidenziato per il 2022 risultano attivati, senza costi aggiuntivi, i seguenti ulteriori servizi:

- il servizio di pronta reperibilità riguardante anche altre sedi Aziendali non presenti all'interno del contratto manutentivo originario;
- la manutenzione dei prefabbricati di proprietà utilizzati per la gestione dell'utenza Covid-19, presso il P.S. di Monfalcone;
- la manutenzione dei prefabbricati adibiti all'esecuzione dei tamponi –emergenza Covid 19, presso l'Ospedale di Monfalcone;

- la manutenzione dei prefabbricati utilizzati per la gestione dell'utenza Covid-19, presso il P.S. di Gorizia
- la manutenzione dei prefabbricati adibiti all'esecuzione dei tamponi –emergenza Covid 19, presso il Parco Basaglia di Gorizia;
- la manutenzione ordinaria idraulica-sanitaria presso il centro vaccinale di Gorizia;
- la manutenzione ordinaria idraulica-sanitaria presso il centro vaccinale di Monfalcone.

Tale risparmio per il 2022 sarà pari a € 60.500 oltre iva di legge.

In riferimento alle azioni di contenimento dei consumi energetici, si fa presente che è stato prodotto un progetto di Partenariato Pubblico e Privato che contiene al proprio interno interventi edili e impiantistici finalizzati all'efficientamento energetico degli edifici dell'area isontina di Asugi per un investimento pari a € 14.474.942,00 oltre iva.

L'applicazione di questa ipotesi contrattuale, una volta entrata a regime, oltre che a comportare un risparmio sulla spesa storica degli ultimi anni, senza ulteriori costi, consentirà di ottenere un miglioramento del microclima interno degli edifici ma anche una maggior sicurezza nella fruizione degli stessi, porterà ad importanti minori spese, soprattutto in riferimento al minor consumo di energia elettrica dovuti all'efficientamento energetico, per un importo medio annuo, per il periodo 2023 -2038 rispetto al 2020 pari a € 249.228,63 oltre iva.

Con Decreto 1123 di data 30/12/2021 Asugi ha adottato il progetto di fattibilità relativo al Partenariato Pubblico Privato ad iniziativa privata afferente i Servizi Energetici e gestionali manutentivi con contratto EPC (Energy Performance Contract) comprendente sia la gestione e conduzione degli impianti che interventi di efficientamento energetico ed azioni di riduzione dell'impatto ambientale interessante il patrimonio immobiliare dell'area Isontina.

La documentazione è stata inviata alla Direzione centrale salute in data 11/01/2022.

Il documento è stato in valutazione presso la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Con DGR FVG 1808 dd.24/11/2022 Asugi Area Isontina è stata autorizzata ai sensi dell'articolo 33 comma 4 della Legge Regionale 12 novembre 2015, n. 26, all'inserimento nel Programma preliminare degli investimenti dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.

Con prot.120.817 dd. 21/12/2022 è stato ricevuto il parere 1922 dd. 21/12/2022 favorevole da parte del NVISS.

Pertanto con l'ottenuto nulla osta, la SC di Area Isontina si impegnerà entro l'anno 2023 ad approvare il Bando di gara e indire la gara relativa.

Il 2022 come ben noto è stato contraddistinto come "annus horribilis", con un'economia di guerra, l'andamento del mercato ha portato al rincaro dei materiali, in particolare per quelli di manutenzione.

Pur nella situazione sopra descritto per tutte le forniture, pur nella situazione di aumenti dei prezzi dei materiali la SC ha sempre richiesto agli operatori economici di proporre il miglior prezzo possibile.

Un operatore economico ha applicato lo sconto del 3%, un altro lo sconto del 5% e un altro una scontistica media del 25%.

#### Manutenzione apparecchiature biomedicali

Per quanto concerne i contratti di manutenzione delle apparecchiature biomedicali di particolare rilevanza, per l'esercizio 2023, considerati gli aumenti generalizzati del periodo, si ritiene che le condizioni economiche praticate subiranno degli incrementi rispetto gli ultimi anni. Si cercherà di contenere al minimo tali incrementi, pur mantenendo la stessa qualità del servizio

## RELAZIONE ECONOMICA AL BILANCIO DI PREVISIONE 2023

### Il quadro delle risorse finanziarie

Per l'anno 2023 il finanziamento regionale è stato determinato in complessivi 2.497.885.699,18 euro con le seguenti destinazioni (cfr DGR n. 480 dd. 17.03.2023 di approvazione definitiva delle Linee di gestione per il 2023):

- una quota di .239.191.487,00 euro quale finanziamento indistinto;
- una quota di 257.284.212,18 euro destinata al finanziamento delle c.d. "spese sovraziendali";
- una quota di 1.410.000,00 euro quale contributo per il superamento degli OPG.

Il riparto del finanziamento complessivo tra gli Enti del SSR è stato effettuato sulla base di funzioni, secondo parametri e processi di standardizzazione, e popolazione.

Per la suddivisione della quota indistinta collegata alla popolazione sono stati impiegati:

- i dati aggiornati al 01.01.2022 che registrano per l'ASUGI una consistenza pari a 369.289, per l'individuazione delle quote collegate alla popolazione secca;
- i criteri di suddivisione del FSN per l'anno 2021 (rep. Atti 152/CSR dd. 04.08.2021 della Conferenza Stato-Regioni), in relazione agli ambiti aziendali, per la definizione delle quote derivanti da ponderazione della popolazione.

Sulla base di tali criteri, l'importo del finanziamento indistinto assegnato all'ASUGI risulta essere pari ad euro 701.249.972,00.

Il confronto con quanto assegnato inizialmente per l'anno 2022 con la DGR n. 321/2022, pari a euro 695.387.106,56, evidenzia dunque una sostanziale invarianza.

In merito tuttavia si deve rappresentare che con DGR n. 1924/2022 il finanziamento assegnato ad ASUGI per l'esercizio 2022 è stato oggetto di una consistente integrazione (di quasi 100 milioni di euro) che, unitamente al meccanismo di impiego della parimenti consistente quota di pay back su dispositivi medici per il quadriennio 2015-2018 riconosciuta ad ASUGI, consentirà di raggiungere il pareggio.

Quanto definito dalle Linee per la gestione 2023, unitamente alle Indicazioni metodologiche per la redazione dei documenti contabili preventivi 2023, fornite da ARCS con nota prot. n. 11755 dd. 22.03.2023, e successive note di modifiche ed integrazioni, configura, quindi, il livello di finanziamento sulla base del quale è stato redatto il presente Bilancio di previsione dell'Azienda.

Nel rimandare alle specifiche relazioni e tabelle economiche di dettaglio, di seguito si forniscono alcune precisazioni, coerenti con quanto previsto dal documento "Indicazioni per la redazione del Piano attuativo e Bilancio preventivo 2023", così come integrato/modificato dal documento "Esiti della negoziazione del piano attuativo e bilancio preventivo ex art. 52 LR 22/2019" di cui alla nota ARCS prot. 18008 dd. 10.05.2023:

- tra i contributi d'esercizio (Linea sovraziendale n. 30 – da ripartire) non è stata iscritta la partita di ricavo a pareggio dei costi del personale in utilizzo presso la DCSPSeD, pari a 924.000,00 euro (cfr. Tabella 17E). Come da indicazioni, nemmeno i costi sono stati iscritti a bilancio;

- non è stata valorizzata, tra le poste di ricavo, la partita riguardante il rimborso per farmaci innovativi (Linea sovraziendale n. 37 – da ripartire), la cui previsione di costo, pari ad € 5.498.498,00, parimenti non è stata iscritta (cfr. Tabella 17B);
- non è stata valorizzata, tra le poste di ricavo, la partita riguardante il rimborso per l'adeguamento delle tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex articolo 26, RSA e Hospice (Linea sovraziendale n. 56 – da ripartire), la cui previsione di costo, al momento solo parzialmente quantificabile in € 1.100.000, non è stata iscritta a bilancio (cfr. Tabella 17G);
- erogatori privati: i relativi costi comprendono, in aggiunta al budget ordinario aggiornato a seguito dell'applicazione del meccanismo di "flessibilità" previsto nell'Accordo regionale triennale 2021-2023 di cui alla DGR n. 1037/21, anche la quota relativa alla progettualità per il recupero della fuga extra-regionale, finanziata dalle apposite poste sovraziendali di cui alle Linee n. 58 e n. 59;
- i costi del personale, per la cui analisi si fa rimando alla citata apposita relazione ed alle correlate tabelle, risultano iscritti al netto delle RAR, per le quali non è stata rilevata neppure la contrapposta partita di ricavo (Linea sovraziendale n. 22 – da ripartire) e dell'incremento dell'1% al fondo produttività (del valore di circa 2,1 milioni di euro).

## **Il conto economico**

Nella predisposizione del Bilancio di Previsione, i costi della produzione erano stati inizialmente stimati considerando gli atti della programmazione aziendale, i vincoli e i parametri standard dettati dalle direttive regionali, rivisti alla luce della revisione delle azioni ed attività.

In tale quadro si è operato mediante l'opportuno ridimensionamento, laddove possibile, delle diverse voci di costo, per alcune delle quali la previsione è stata dimensionata anche al di sotto del vincolo individuato dalla programmazione regionale.

Su alcuni costi non è stato tuttavia possibile apportare riduzioni in quanto vincolati ai ricavi (costi per abbattimento rette, accantonamento per rinnovi contrattuali, accantonamento derivante dagli introiti per sanzioni amministrative di cui all'art. 13 del D. Lgs. 81/2008; accantonamento per trattenute 5% su introiti Ip decreto Balduzzi).

Sono stati inoltre mantenuti i costi indicati dalle tabelle regionali per la mobilità regionale, extraregionale ed internazionale anche se non riferiti a reale attività dell'anno 2023.

Atteso l'obbligo della presentazione del bilancio preventivo in pareggio e in ossequio alle indicazioni regionali, l'Azienda, sulla base del finanziamento ad oggi riconosciuto e nelle more delle eventuali nuove assegnazioni, ha tuttavia ritenuto di programmare le proprie attività compatibilmente con le risorse ad oggi assegnate e con i vincoli previsti, salvaguardando comunque i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

In corso d'anno, si procederà a verifiche costanti dei budget assegnati alle Strutture con possibilità di rimodulazione degli stessi, adeguandoli alla programmazione aziendale e fatta salva la garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

## **Personale**

Rimandando per approfondimenti all'apposita sezione, si evidenzia qui che, come da specifiche prescrizioni trasmesse dall'ARCS con la nota prot. 11755 dd. 22.03.2023, la quota di incremento del fondo produttività/risultato quantificata nell'1% degli emolumenti e ammontante a circa 2.125.000 euro (oneri compresi) non è stata prevista tra i costi.

Per tale motivo, oltre che per l'assenza nel preventivo 2023 degli importi relativi alle RAR (il cui finanziamento sovraziendale non è ancora stato ripartito tra le aziende), non risulta confrontabile il dato del costo del personale tra il 2022 e il 2023.

Parimenti, il bilancio in esame non prevede al momento il consueto contributo sovraziendale a copertura dei costi per personale in utilizzo presso la Regione FVG - Direzione Centrale Salute, stimati in € 924.000 (cfr. tab. 17E), ma non inseriti in bilancio. Il relativo contributo sovraziendale di € 2.500.000, al momento è assegnato all'ARCS e deve ancora essere ripartito tra le aziende.

I costi del personale 2023 comprendono l'importo di circa 2 milioni di euro relativi al personale acquisito ai sensi del D.L. 73/21, art. 26 per il recupero delle liste d'attesa, il cui residuo di finanziamento 2022, pari ad € 914.017,38, come da disposizioni regionali, al momento non è stato impiegato nel bilancio in esame.

### **Rapporti con gli erogatori privati**

Come disposto al punto 2.1.10 "Erogatori privati" del documento "Indicazioni per la redazione del piano attuativo e del bilancio preventivo 2023", in relazione all'attività degli erogatori privati accreditati (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) sono stati iscritti, oltre ai costi derivanti dall'assegnazione alle strutture dal budget ordinario previsto dalla DGR 1037/2021, rivisto in funzione del meccanismo di flessibilità di cui all'art. 8 dell'accordo regionale per il triennio 2021-2023, anche i costi relativi alle attività finalizzate al contrasto della fuga extraregionale e al contenimento dei tempi di attesa, pari ad € 4.484.055,30 per l'attività di ricovero e € 2.855.616,91 per l'attività ambulatoriale, che risultano finanziate con i contributi sovraziendali n. 58 e 59.

### **Accantonamenti per rinnovi contrattuali**

Gli importi iscritti per gli accantonamenti dei rinnovi contrattuali 2019/2021 – competenza 2023 e 2022/2024 – competenza 2023 del personale dipendente e del personale convenzionato derivano dalle somme riportate nella specifica tabella regionale, al netto delle quote relative a indennità di vacanza contrattuale, già previste tra i costi del personale.

Le singole poste di rinnovo contrattuale beneficiano delle seguenti coperture economiche:

- rinnovi contrattuali 2019/2021 - competenza 2023 personale dipendente: contributo sovraziendale n. 28 (€ 15.116.118,92). Non sono stati operati accantonamenti relativamente alla quota di competenza del personale del comparto (€ 11.070.879,30) in quanto, in conseguenza dell'applicazione del CCNL, i costi risultano già previsti tra i costi del personale. Relativamente alla quota destinata al personale della dirigenza (€ 4.045.239,62), la stessa è stata accantonata al netto dell'importo di € 462.514, corrispondente all'IVC già previsti tra i costi del personale.
- rinnovi contrattuali 2022/2024 - competenza 2023 personale dipendente: contributo sovraziendale n. 29 (€ 1.611.929,88). La quota di competenza del personale del comparto (€ 1.050.226,08) è stata

accantonata al netto dell'importo di € 929.622, corrispondente all'IVC già previsti tra i costi del personale. La quota destinata del personale della dirigenza (€ 561.703,80) è stata accantonata al netto dell'importo di € 330.341, corrispondente all'IVC già previsti tra i costi del personale.

- rinnovi contrattuali 2019/2021 - competenza 2023 medicina convenzionata: contributo sovraziendale n. 32 (€ 1.746.860,27);
- rinnovi contrattuali 2022/2024 - competenza 2023 medicina convenzionata: contributo sovraziendale n. 34 (€ 884.375,72).

### **Ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi**

La notevole diminuzione dei ricavi previsti in questa macrovoce deriva quasi esclusivamente dalla mancanza di assegnazioni per riparto Pay Back farmaci (importo assegnato nel 2022: € 31.057.061) e dispositivi medici (importo assegnato nel 2022: € 42.017.121). Da segnalare che il ricavo 2022 è parzialmente compensato dal costo di € 32.305.609, derivante dall'accantonamento a quote inutilizzate di contributi vincolati da privati, dell'assegnazione relativa al Pay Back dispositivi medici, al momento non utilizzabile nel bilancio di previsione 2023.

### **Dipartimenti Interaziendali**

Si ritiene opportuno evidenziare, ancora una volta, che in questo bilancio preventivo sono compresi tutti i costi derivanti dall'acquisizione della titolarità della funzione di Medicina di Laboratorio e di Medicina Trasfusionale per l'intera area giuliano isontina, ivi compreso l'IRCCS Burlo Garofolo. Alla luce dell'esperienza acquisita, risulterebbe tuttavia ancora da rivedere il meccanismo di finanziamento di tali funzioni tra gli Enti, al fine di garantire una maggiore economicità a livello di sistema e, ad un tempo, il mantenimento degli equilibri economici degli Enti coinvolti.

### **Conto Economico Preventivo dei Presidi Ospedalieri**

In applicazione della riforma del SSR dettata dalla L.R. 27/2018 e dalla LR 22/2019, nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria "Giuliano-Isontina" operano due presidi ospedalieri:

- il Presidio ospedaliero di II livello. "Cattinara e Maggiore" di Trieste
- il Presidio ospedaliero di base di Gorizia e Monfalcone

Il conto economico preventivo dei due presidi ospedalieri per l'anno 2023 si chiude in sostanziale equilibrio (- 201.534,00), e tiene conto degli effetti economici generati dall'aumento dei costi delle materie prime, con ricadute su molte voci del bilancio (in primis riscaldamento, utenze, beni sanitari e non, servizi) che graveranno per l'esercizio 2023 sui costi delle strutture ospedaliere

Esso è stato costruito nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Azienda Regionale di Coordinamento della Salute con nota prot. 0011755/P/GEN/ARCS dd 23/03/2023 "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2023", con le successive note prot. 0012641/P/GEN/ARCS dd 28/03/2023 "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2023 – rettifica tabella" e nota prot. 0014150/P/GEN/ARCS dd 06/04/2023 "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2023 – integrazione", e secondo i criteri di finanziamento definiti nelle Linee per la Gestione del SSR 2023 (versione definitiva) adottate con DGR n°480 dd 17/03/2023.

Per quanto riguarda i **costi diretti**, essi sono stati valorizzati, per la maggior parte dei conti, sulla base delle imputazioni contabili estratte dalla contabilità analitica per l'anno 2022 opportunamente riviste e proiettate per l'intero anno 2023.

I costi del personale sono stati calcolati sulla base dei costi effettivi previsti per l'anno 2023 per i due presidi ospedalieri suddivisi secondo la classificazione prevista dal Conto economico ministeriale e rapportato in relazione al personale assegnato ad ogni presidio ospedaliero ed alle procedure di assunzione e cessazioni che si intendono porre in essere nel 2023.

Sul versante dei **ricavi** si precisa che sono state attribuite le quote dei contributi regionali e delle sovra-aziendali sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio sanitario Regionale – Anno 2023

Anche i contributi sovra-aziendali di competenza ospedaliera sono stati imputati ai due Presidi unitamente ai correlati costi.

Per quanto concerne la valorizzazione dell'attività di ricovero ed ambulatoriale sono stati adottati i seguenti criteri:

- a) i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri aziendali nei confronti dei residenti dell'ASUGI, sono stati valorizzati a tariffa regionale di specialistica ambulatoriale ed a tariffa regionale per attività di ricovero.
- b) i ricavi derivanti da attrazione extra-azienda ed extra-regione, sono stati valorizzati come indicato nelle tabelle per il Bilancio Preventivo 2023 allegate alle "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2023" fornite dall'ARCS con nota prot. 0011755/P/GEN/ARCS dd 23/03/2023 e rettifica tabelle prot. 0012641/P/GEN/ARCS dd 28/03/2023

Nelle voci di ricavo per prestazioni di ricovero a cittadini non residenti è stata inserita la valorizzazione reale di previsione 2023 calcolata secondo la tariffa di cui al D.M. 18/10/2012 e il contestuale inserimento nella riga "Differenziale di mobilità", colonna I "Costi e Ricavi non ripartiti" della differenza tra mobilità reale e ricavo figurativo previsto.

Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, i ricavi figurativi comprendono le prestazioni al lordo del ticket nelle specifiche voci di prestazioni.

I valori esposti per il 2023 sono frutto di ragionamenti congiunti condotti nell'ambito delle due aree (giuliana e isontina) a seguito di progressiva armonizzazione.

**ALLEGATO 1**

**- PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA 2023**

**ALLEGATO 2**

**- PREVENTIVO INVESTIMENTI 2023**

**ALLEGATO 3**

**- PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO 2023-2025**

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 18/05/2023 15:21:15

IMPRONTA: 8E2B2DBFE48169A96BC604B1E12A480D401DE8F2854639C189BAD2D0FF9C3928  
401DE8F2854639C189BAD2D0FF9C3928E81CB9055C88D46B6FEC5AB4B9D25107  
E81CB9055C88D46B6FEC5AB4B9D2510700CD10811A0BB24A77CBA214AD3316B5  
00CD10811A0BB24A77CBA214AD3316B5BB8CA66AB4E6ECDBDE52EFB0340FD482

NOME: ANDREA LONGANESI

CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T

DATA FIRMA: 18/05/2023 15:49:34

IMPRONTA: 332C20E59688E67136787812CE8D1EECFDEDBC92D86EDD2AA5C0EE00F404B0E0  
FDEDBC92D86EDD2AA5C0EE00F404B0E0B58B6B0E6987B4CDE61C46CD224295C1  
B58B6B0E6987B4CDE61C46CD224295C165C5D072C4C7EFA760CF43EC7991AB0E  
65C5D072C4C7EFA760CF43EC7991AB0E0A5C93734969B710490115DF51DB966E

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 18/05/2023 15:55:17

IMPRONTA: 404734BE4317C8A0D9A563A0E90031413FC44664C368BC7E99738CE6C4A1475F  
3FC44664C368BC7E99738CE6C4A1475F68E52011200256ACC531DC0A0AC3849F  
68E52011200256ACC531DC0A0AC3849FA206BD2E73D09886AA02BF3A55AB06C0  
A206BD2E73D09886AA02BF3A55AB06C0E7F5E8E68FD5A4ABF83561D07160E6A4

NOME: MARILENA FRANCIOSO

CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U

DATA FIRMA: 18/05/2023 17:53:32

IMPRONTA: 183DBFE16D0138366EA8B9C321AF2D4D28CF89FBA539C5DD6BA16B27B69C0ED0  
28CF89FBA539C5DD6BA16B27B69C0ED07E39303F0A290F34F1DD506092D33214  
7E39303F0A290F34F1DD506092D33214BB9CA3A13E8EDCA8ED21808181A58E54  
BB9CA3A13E8EDCA8ED21808181A58E54DA66E7D83DFA51F07B098F2D4C31D082