

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1552 DEL 6 OTTOBRE 2023

CONSOLIDATO CONSUNTIVO 2022 - ALLEGATO 6

**RELAZIONE ANNUALE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA CONSOLIDATO DEL  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

**ANNO 2022**

---

## Sommario

PREMESSA .....	1
1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2022 .....	6
1.1. Generalità sul territorio, popolazione assistita e organizzazione aziendale.....	6
1.2. Generalità sulla struttura e l'organizzazione dei servizi .....	27
1.3. Altri contenuti .....	66
2. ATTIVITA' DEL PERIODO .....	91
2.1. Indicatori LEA – CORE .....	91
2.2. Area Perinatale .....	99
2.3. Cure palliative .....	100
2.4. Coperture vaccinali .....	101
2.5. Programmi di screening .....	102
2.6. Emergenza Urgenza .....	106
2.7. Ricoveri .....	109
2.8. Flussi informativi .....	109
3. TEMPI DI ATTESA .....	110
3.1. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.....	111
3.2. Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale .....	119
3.3. Azienda Sanitaria Friuli Occidentale .....	127
3.4. Irccs BURLO .....	135
3.5. Irccs CRO .....	140
- .....	
5. INVESTIMENTI .....	145
6. VINCOLI GESTIONALI .....	162
7. LE PROGETTUALITA' 2022.....	166

## PREMESSA

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) ha approvato, con decreto del Direttore Generale di ARCS n. 135/2022, e trasmesso alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCSPSD) con nota prot. n. 0025063 del 30 giugno 2023 un documento (Allegato 1 al documento ARCS) contenente la sintesi delle relazioni sulla gestione che i Direttori Generali degli enti sanitari hanno redatto e approvato in relazione all'esercizio 2022.

Di tale Relazione redatta da ARCS, ente di supporto tecnico-specialistico della DCSPSD, si prende atto relativamente a quanto esposto nei sottoindicati punti, e relativi sottopunti, della Relazione:

1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2022
  - 1.1. Generalità sul territorio, popolazione assistita e organizzazione aziendale
  - 1.2. Generalità sulla struttura e l'organizzazione dei servizi
  - 1.3. Altri contenuti
2. ATTIVITA' DEL PERIODO
  - 2.1. Indicatori LEA - CORE
  - 2.2. Area Perinatale
  - 2.3. Cure palliative
  - 2.4. Coperture vaccinali
  - 2.5. Programmi di screening
  - 2.6. Emergenza Urgenza
  - 2.7. Ricoveri
  - 2.8. Flussi informativi
3. TEMPI DI ATTESA
  - 3.1. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
  - 3.2. Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
  - 3.3. Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
  - 3.4. Irccs BURLO
  - 3.5. Irccs CRO

### 5. INVESTIMENTI.

Si prende atto, altresì, dei risultati comunicati da ARCS in merito alla verifica effettuata sul rispetto di vincoli gestionali con riferimento ai valori rappresentati nei bilanci consuntivi 2022 contenuta nell'Allegato 4 approvato dal decreto del Direttore Generale di ARCS n. 135/2022, e i contenuti di tale verifica operata da ARCS si riportano al punto 6. VINCOLI GESTIONALI.

Viene, invece, approvata la valutazione finale operata dalla DCSPSD, così come esposta al successivo punto 7. PROGETTUALITÀ, sui risultati conseguiti dagli Enti del Servizio sanitario regionale nello svolgimento nell'anno 2022 delle progettualità/attività assegnate con DGR n. 321 dell'11 marzo 2022 ("Lr 22/2019 - Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione definitiva") e confermate dalla DGR n. 1682 dell'11.11.2022 ("Lr 22/2019. Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale - Anno 2022. Approvazione"), senza che siano intervenute successive modifiche.

Le deliberazioni della Giunta, che hanno regolato la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2022, fornendo indirizzi relativamente alla pianificazione strategica, alla programmazione nonché al controllo periodico di gestione sono state le seguenti:

## PROGRAMMAZIONE

- **DGR 54 del 21.01.2022:** Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. approvazione preliminare.
- **DGR 321 del 11.3.2022:** Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2022. approvazione definitiva.
- **DGR 1682 del 11.11.2022:** Lr 22/2019. piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del servizio sanitario regionale - anno 2022. approvazione.
- **DGR 1869 del 2.12.2022:** entro unico di produzione degli emocomponenti (curpe). ridefinizione attribuzione funzioni. modifica dgr 1446/2021 come rettificata dalla dgr 1965/2021.
- **DGR 1924 del 16.12.2022:** Lr 22/2019. piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del servizio sanitario regionale - anno 2022. Variazione.
- **DGR 1809 del 24.11.2022:** Dpcm 502/1995, art 1, comma 5. determinazione per l'anno 2022 del compenso integrativo del trattamento economico dei direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e criteri per l'attribuzione.

## TEMPI DI ATTESA

- **DGR 106 del 28.1.2022:** L 234/2021, art 1, comma 276, dl 104/2020, art 29 e dl 18/2020, art 18. rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.
- **DGR 365 del 18.3.2022:** L 234/2021, art 1, comma 276. dl 104/2020, art 29. dl 18/2020, art 18. adeguamento della rimodulazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.
- **DGR 1810 del 24.11.2022:** L 234/2021, art 1, comma 276. dl 104/2020, art 29. dl 18/2020, art 18. piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa. aggiornamento.

## INVESTIMENTI

- **DGR 594 del 29.4.2022:** Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. rimodulazione interventi edili impiantistici. approvazione preliminare.
- **DGR 729 del 19.5.2022:** L 67/1988, art 20. accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 12 marzo 2013 dal ministero della salute e dalla regione autonoma friuli venezia giulia. modifica del quadro economico.
- **DGR 954 del 1.7.2022:** Interventi di investimento finalizzati alla realizzazione delle case di comunità, degli ospedali di comunità e le eventuali opere complementari non finanziati con le risorse del pnrr e del pnc.
- **DGR 1044 del 15.7.2022:** Lr 26/2015. appalto per la progettazione e realizzazione dei lavori di iii e iv lotto dell'ospedale di udine. finanziamento straordinario per la prosecuzione delle opere in esito all'aumento dei costi delle materie prime.
- **DGR 1216 del 26.8.2022:** Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. rimodulazione interventi edili impiantistici. approvazione definitiva.
- **DGR 1292 del 9.9.2022:** Lr 26/2015. programmazione degli investimenti sul po di latisana e riforma delle dgr 1322/2014, 561/2018 e 2371/2015.
- **DGR 1294 del 9.9.2022:** Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. rimodulazione della distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e degli interventi di acquisizione di attrezzature elettromedicali. approvazione preliminare.
- **DGR 1484 del 14.10.2022:** Dl 34/2020, art 1, comma 5 e dm 77/2022. documento infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in friuli venezia giulia - policy regionale. approvazione.
- **DGR 1600 del 28.10.2022:** Lr 26/2015. programmazione degli investimenti nel ssr per gli anni 2022-2023.

- **DGR 1803 del 24.11.2022:** Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. rimodulazione della distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e degli interventi di acquisizione di attrezzature elettromedicali. approvazione definitiva.
- **DGR 1807 del 24.11.2022:** Lr 26/2015, art 33, comma 10. interventi di investimento non previsti nel programma triennale degli investimenti ed emergenti nel corso dell'anno.

## PERSONALE

- **DGR 319 del 11.3.2022:** Accordo stralcio tra l'assessore regionale alla salute politiche sociali, disabilità, cooperazione sociale e terzo settore e le oo.ss. dell'area del comparto per l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali 2022. approvazione.
- **DGR 996 del 8.7.2022:** Intesa sulle risorse aggiuntive regionali personale del comparto sanità - esercizio 2022. approvazione.
- **DGR 1155 del 5.8.2022:** Intesa sulle risorse aggiuntive regionali del personale della dirigenza area sanità. esercizio 2022. approvazione.
- **DGR 1209 del 26.8.2022:** L 234/2021, art 1, comma 268. verbale di confronto regionale per la stabilizzazione del personale del comparto. approvazione.
- **DGR 1208 del 26.8.2022:** Intesa sulle risorse aggiuntive regionali area delle funzioni locali - personale della dirigenza professionale - tecnica e amministrativa. esercizio 2022. Approvazione.

## PREVENZIONE

- **DGR 249 del 25.2.2022:** Piano strategico regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nel friuli venezia giulia 2021-2023. approvazione.
- **DGR 288 del 4.3.2022:** Documento piano regionale della prevenzione 2021-2025 del friuli venezia giulia. approvazione.

## PNRR

- **DGR 550 del 22.4.2022:** Pnrr, missione 6. piano operativo regionale per il friuli venezia giulia. approvazione definitiva.
- **DGR 724 del 19.5.2022** Pnrr missione 6 componente 2 investimento 1.2 "verso un ospedale sicuro e sostenibile". ricognizione della copertura finanziaria.
- **DGR 750 del 24.5.2022:** Pnrr, missione 6. Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) per il friuli venezia giulia. approvazione.
- **DGR 832 del 9.6.2022:** Piano nazionale ripresa e resilienza (pnrr) - missione 6 salute dm 29 aprile 2022. adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare.
- **DGR 1686 del 11.11.2022:** Pnrr, contratto istituzionale di sviluppo tra il ministero della salute e la regione friuli venezia giulia. proposta di modifica ai sensi dell'art 13 del contratto istituzionale di sviluppo.
- **DGR 1896 del 7.12.2022:** Pnrr m6. dm 77/2022. programma regionale dell'assistenza territoriale. approvazione preliminare.
- **DGR 1923 del 16.12.2022:** Pnrr, contratto istituzionale di sviluppo tra il ministero della salute e la regione friuli venezia giulia. proposta di modifica ai sensi dell'art 13.
- **DGR 2042 del 29.12.2022:** Pnrr m6. dm 77/2022. programma regionale dell'assistenza territoriale. approvazione definitiva.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito DCS) ha trasmesso agli enti del Servizio sanitario regionale con le note prot. 190057 del 31.3.2023, prot. 202561 del 5.4.2023, prot. 221711 del 14.4.2023 e prot. 227270 del 18.4.2023, le indicazioni per la redazione del bilancio consuntivo 2022. Gli enti del Servizio sanitario regionale hanno approvato e inviato all'Azienda regionale di coordinamento per la salute (di seguito ARCS) e alla DCS i bilanci consuntivi

dell'esercizio 2022. Hanno altresì trasmesso i predetti provvedimenti ai rispettivi Collegi sindacali le cui relazioni sono state inviate a corredo dei relativi bilanci aziendali.

Gli atti con i quali sono stati approvati i predetti atti sono i seguenti:

ASUGI	Decreto del Direttore Generale 506 del 15.6.2023	Verbale n. 64 del 19.5.2023
ASUFC	Decreto del Direttore Generale 494 del 2.5.2023	Verbale del 2.5.2023
	Decreto del Direttore Generale 701 del 14.6.2023 (aggiornamento modello LA)	
ASFO	Decreto del Direttore Generale 456 del 29.5.2023	Verbale del 12.5.2023
BURLO	Decreto del Direttore Generale 129 del 28.4.2023 Decreto del Direttore Generale 162 del 12.6.2023	Verbale del 28.4.2023
CRO	Deliberazione del Direttore Generale 222 del 24.5.2023	Verbale n. 2 del 18.5.2023
ARCS	Decreto del Direttore Generale 96 del 28.4.2023 Decreto del Direttore Generale 121 del 7.6.2023	Verbale del 16.5.2023 Verbale del 19.7.2023

Vengono di seguito riportate le osservazioni dei collegi sindacali riportate nelle Relazione al bilancio di chiusura al 31.12.2022.

Il collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina nel proprio verbale, "...visti i risultati delle verifiche eseguite e tenuto conto delle considerazioni e raccomandazioni espresse, attesta la corrispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze contabili e la conformità dei criteri di valutazione del Patrimonio a quelli previsti dal codice civile e dalle altre disposizioni di legge, fatto salvo quanto diversamente disposto dal D. lgs. 118/2011" ritiene di esprimere un parere favorevole al documento contabile esaminato.

Il collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Friuli Centrale nel proprio verbale, "... visti i risultati delle verifiche eseguite e tenuto conto delle considerazioni e raccomandazioni espresse, attesta la corrispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze contabili e la conformità dei criteri di valutazione del Patrimonio a quelli previsti dal codice civile e dalle altre disposizioni di legge, fatto salvo quanto diversamente disposto dalla D.Lgs. 118/2011" ritiene di esprimere un parere favorevole al documento contabile esaminato.

Il collegio sindacale dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, pur esprimendo un parere favorevole al documento contabile esaminato, ha riportato che:

"... In ordine al mancato rispetto di alcuni vincoli operativi imposti a livello regionale e ai disallineamenti che si riscontrano tra i valori di bilancio e i valori a preventivo, sia in termini di ricavi che di costi, il Collegio richiama quanto già espresso nelle ultime relazioni al preventivo 2022 e al bilancio 2021.

Infatti, nonostante l'applicazione dei vincoli operativi (che riducono in sede previsionale i costi reali adeguandoli a valori di riferimento "teorico" più performanti), i costi della gestione caratteristica iscritti a preventivo risultano complessivamente sottodimensionati, coerenti con il finanziamento assegnato in quel momento, ma limitati nell'importo al totale del Valore della Produzione iniziale 2022 e alla regola del pareggio del bilancio di previsione. Ciò si denota agevolmente dal confronto dei costi previsionali 2022 con costi del consuntivo 2022.

Il collegio conferma, in questa sede, le perplessità già espresse in occasione della stesura della relazione al Bilancio di previsione 2022 in ordine agli obiettivi prefissati e al problematico raggiungimento degli stessi, auspicando che la contrattazione in sede di determinazione del bilancio preventivo pervenga ad un obiettivo di riduzione dei costi che appaia sostenibile e che possa essere quindi ragionevolmente conseguito".

Il collegio sindacale dell'Irccs Burlo Garofolo nel proprio verbale, "...visti i risultati delle verifiche eseguite e tenuto conto delle considerazioni e raccomandazioni espresse, attesta la corrispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze contabili e la conformità dei criteri di valutazione del Patrimonio a quelli previsti dal codice civile e dalle altre disposizioni di legge, fatto salvo quanto diversamente disposto dal D. lgs. 118/2011" ritiene di esprimere un parere favorevole al documento contabile esaminato.

Il collegio sindacale dell'Irccs CRO nel proprio verbale, "...visti i risultati delle verifiche eseguite e tenuto conto delle considerazioni e raccomandazioni esposte, attesta la corrispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze contabili e la conformità dei criteri di valutazione del Patrimonio a quelli previsti dal codice civile e dalle altre disposizioni di legge, fatto salvo quanto diversamente disposto dal D. lgs. 118/2011" ritiene di esprimere un parere favorevole al documento contabile esaminato.

Anche il collegio sindacale dell'Azienda regionale per il coordinamento della salute in data 19 luglio 2023 ha espresso parere positivo sul documento di bilancio conclusivamente esaminato.

## 1. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NEL 2022

L'anno 2022 è stato caratterizzato dalla fine dell'emergenza pandemica da Covid 19 e dal proseguo delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Con decreto del Ministero della salute n. 77 del 23.5.2022, recante *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*, è stato dato l'avvio alla riforma dell'assistenza territoriale così come previsto dalla Missione 6 del PNRR:

### 1.1. Generalità sul territorio, popolazione assistita e organizzazione aziendale

#### AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina attualmente comprende un ambito territoriale di 687,9 kmq, costituito dai territori dei Comuni che ne fanno parte:

a) Area Giuliana (corrispondente alla ex Provincia di Trieste) – superficie totale di 212,5 kmq ed una popolazione residente di 228.833 abitanti (dati ISTAT al 01/01/2022). Comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrežina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;

b) Area Isontina (corrispondente alla ex Provincia di Gorizia) – superficie di 475,4 kmq e 137.899 abitanti rilevati al 01/01/2022. Comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdò, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Steuerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soci, Staranzano, Turriaco, Villesse.

Popolazione al 01/01 Comune di Residenza	2022			2021			Var. % 22/21	Sup. kmq	Densità abit.
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale			
<b>ASUGI</b>	<b>178.368</b>	<b>188.364</b>	<b>366.732</b>	<b>179.711</b>	<b>190.048</b>	<b>369.759</b>	<b>-0,82%</b>	<b>687,9</b>	<b>533,1</b>
<b>Area Isontina</b>	67.999	69.900	<b>137.899</b>	68.735	70.335	<b>139.070</b>	<b>-0,84%</b>	<b>475,4</b>	<b>290,1</b>
Duino Aurisina-Devin Nabrežina	4.031	4.322	<b>8.353</b>	4.033	4.340	<b>8.373</b>	-0,24%	45,3	184,4
Monrupino-Repentabor	434	423	<b>857</b>	427	430	<b>857</b>	0,00%	12,6	68,0
Muggia	6.256	6.660	<b>12.916</b>	6.252	6.714	<b>12.966</b>	-0,39%	13,9	929,2
San Dorligo della Valle-Dolina	2.832	2.861	<b>5.693</b>	2.939	2.893	<b>5.832</b>	-2,38%	24,2	235,2
Sgonico-Zgonik	998	1.001	<b>1.999</b>	1.027	1.025	<b>2.052</b>	-2,58%	31,4	63,7
Trieste	95.818	103.197	<b>199.015</b>	96.298	104.311	<b>200.609</b>	-0,79%	85,1	2338,6
<b>Area Giuliana</b>	110.369	118.464	<b>228.833</b>	110.976	119.713	<b>230.689</b>	<b>-0,80%</b>	<b>212,5</b>	<b>1076,9</b>
Capriva del Friuli	775	842	<b>1.617</b>	782	840	<b>1.622</b>	-0,31%	6,3	256,7



Popolazione al 01/01 Comune di Residenza	2022			2021			Var. % 22/21	Sup. kmq	Densità abit.
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale			
Cormons	3.407	3.791	<b>7.198</b>	3.437	3.813	<b>7.250</b>	-0,72%	35,1	205,1
Doberdò del Lago-Doberdob	648	702	<b>1.350</b>	636	704	<b>1.340</b>	0,75%	27,1	49,8
Dolegna del Collio	168	149	<b>317</b>	174	151	<b>325</b>	-2,46%	12,9	24,6
Farra d'Isonzo	822	849	<b>1.671</b>	834	864	<b>1.698</b>	-1,59%	10,3	162,2
Fogliano Redipuglia	1.436	1.556	<b>2.992</b>	1.439	1.538	<b>2.977</b>	0,50%	7,9	378,7
Gorizia	16.373	17.242	<b>33.615</b>	16.528	17.559	<b>34.087</b>	-1,38%	41,3	813,9
Gradisca d'Isonzo	3.030	3.340	<b>6.370</b>	3.034	3.339	<b>6.373</b>	-0,05%	11,2	568,8
Grado	3.727	4.062	<b>7.789</b>	3.805	4.154	<b>7.959</b>	-2,14%	119,5	65,2
Mariano del Friuli	728	736	<b>1.464</b>	736	739	<b>1.475</b>	-0,75%	8,6	170,2
Medea	472	477	<b>949</b>	484	481	<b>965</b>	-1,66%	7,4	128,2
Monfalcone	14.916	14.156	<b>29.072</b>	15.157	14.076	<b>29.233</b>	-0,55%	20,6	1411,3
Moraro	349	346	<b>695</b>	343	350	<b>693</b>	0,29%	3,6	193,1
Mossa	727	795	<b>1.522</b>	726	799	<b>1.525</b>	-0,20%	6,2	245,5
Romans d'Isonzo	1.781	1.855	<b>3.636</b>	1.833	1.873	<b>3.706</b>	-1,89%	15,5	234,6
Ronchi dei Legionari	5.809	5.998	<b>11.807</b>	5.821	6.030	<b>11.851</b>	-0,37%	17,1	690,5
Sagrado	1.059	1.109	<b>2.168</b>	1.050	1.105	<b>2.155</b>	0,60%	13,9	156,0
San Canzian d'Isonzo	2.973	3.067	<b>6.040</b>	3.022	3.088	<b>6.110</b>	-1,15%	33,9	178,2
San Floriano del Collio-Števerjan	367	375	<b>742</b>	373	374	<b>747</b>	-0,67%	10,6	70,0
San Lorenzo Isontino	754	752	<b>1.506</b>	765	753	<b>1.518</b>	-0,79%	4,4	342,3
San Pier d'Isonzo	1.017	976	<b>1.993</b>	1.007	970	<b>1.977</b>	0,81%	9	221,4
Savogna d'Isonzo-Sovodnje ob Soci	872	822	<b>1.694</b>	919	821	<b>1.740</b>	-2,64%	17	99,6
Staranzano	3.604	3.642	<b>7.246</b>	3.617	3.649	<b>7.266</b>	-0,28%	18,8	385,4
Turriaco	1.375	1.431	<b>2.806</b>	1.370	1.438	<b>2.808</b>	-0,07%	5,2	539,6
Villesse	810	830	<b>1.640</b>	843	827	<b>1.670</b>	-1,80%	12,1	135,5

Fonte Istat

### Indicatori di struttura della popolazione

Provincia/Regione	2022				2021			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Pordenone	59,7	39,3	191,8	46,6	59,6	38,9	187,3	46,4
Udine	62,2	44,1	243,5	48,5	62,2	43,7	237,2	48,3
Gorizia	62,1	43,5	233,9	48,3	62,0	43,3	231,2	48,2
Trieste	65,1	47,4	267,5	49,2	65,1	47,3	265,0	49,1
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	<b>62,1</b>	<b>43,4</b>	<b>231,8</b>	<b>48,1</b>	<b>62,0</b>	<b>43,1</b>	<b>227,1</b>	<b>47,9</b>
NORD-EST	58,2	38,2	190,3	46,5	57,9	37,7	185,7	46,3
<b>ITALIA</b>	<b>57,5</b>	<b>37,5</b>	<b>187,6</b>	<b>46,2</b>	<b>57,3</b>	<b>37,0</b>	<b>182,6</b>	<b>45,9</b>

Fonte: demo.istat.it

Dai dati illustrati dagli indicatori di struttura della popolazione si evince che in generale la nostra Regione è caratterizzata da un'età media più elevata di quella italiana e del Nord-Est, e all'interno della Regione Trieste ha l'età media più elevata.

Gli indici di struttura della popolazione avvalorano quanto illustrato dai dati sull'età mettendo in evidenza l'assenza del ricambio generazionale: la popolazione in età non attiva è circa del 60% più numerosa di quella in età da lavoro (anche in questo caso il dato regionale è superiore al confronto nazionale e in particolare il dato di Trieste supera di gran lunga il dato relativo alle altre province).

L'indice di vecchiaia mostra che la popolazione over65 è più del doppio di quella pediatrica. Anche in questo caso Trieste spicca in negativo rispetto alle altre province della Regione, già di per sé nettamente sopra la media nazionale.

### Distribuzione per fasce di popolazione per Distretto al 01/01/2021:

Classi di età	Distretto 1						Distretto 2					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.195	10,22	3.377	11,54	6.572	10,86	2.769	9,87	3.037	11,27	5.806	10,56
15-64	18.104	57,9	18.383	62,82	36.487	60,28	16.467	58,71	17.881	66,33	34.348	62,44
65-74	4.303	13,76	3.779	12,91	8.082	13,35	3.721	13,27	3.029	11,24	6.750	12,27
ultra75	5.667	18,12	3.726	12,73	9.393	15,52	5.090	18,15	3.012	11,17	8.102	14,73
Totale	31.269	100	29.265	100	60.534	100	28.047	100	26.959	100	55.006	100

Classi di età	Distretto 3						Distretto 4					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.035	9,93	3.140	11,11	6.175	10,5	3.094	10,33	3.208	12,02	6.302	11,13
15-64	16.753	54,83	17.107	60,55	33.860	57,57	17.572	58,67	17.275	64,73	34.847	61,53
65-74	4.748	15,54	3.902	13,81	8.650	14,71	3.634	12,13	2.962	11,1	6.596	11,65
ultra75	6.020	19,7	4.106	14,53	10.126	17,22	5.650	18,86	3.242	12,15	8.892	15,7
Totale	30.556	100	28.255	100	58.811	100	29.950	100	26.687	100	56.637	100

Classi di età	Distretto Alto Isontino						Distretto Basso Isontino					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.498	10,42	3.712	11,67	7.210	11,03	4.305	11,71	4.552	12,33	8.857	12,02
15-64	19.552	58,22	20.315	63,86	39.867	60,96	21.636	58,87	24.359	65,97	45.995	62,43
65-74	4.597	13,69	4.004	12,59	8.601	13,15	4.561	12,41	4.006	10,85	8.567	11,63
ultra75	5.936	17,68	3.780	11,88	9.716	14,86	6.250	17,01	4.007	10,85	10.257	13,92
Totale	33.583	100	31.811	100	65.394	100	36.752	100	36.924	100	73.676	100

**Indicatori di struttura della popolazione al 01/01/2021**

INDICATORE	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto Alto Isontino	Distretto Basso Isontino	ASUGI	Regione FVG
dip. giovanile (%)	18,01	16,9	18,24	18,08	18,09	19,26	18,17	18,96
dip. Senile (%)	47,89	43,24	55,45	44,45	45,95	40,93	45,77	43,07
popol. attiva (%)	165,61	143,53	179,28	149,1	172,22	155,68	159,05	158,07
Carico (%)	21,8	21,99	22,31	22,53	22,22	25,53	22,96	22,71
Dipendenza (%)	65,91	60,14	73,69	62,53	64,03	60,18	63,94	62,04
Fecondità (%)	3,76	4,24	4,13	4,34	4,04	5,11	4,35	4,24
Vecchiaia (%)	<b>265,9</b>	<b>255,8</b>	<b>304,06</b>	<b>245,76</b>	<b>254,05</b>	<b>212,53</b>	<b>251,89</b>	<b>227,13</b>
sostituzione (%)	163,86	183,5	174,02	167,2	163,11	143,15	163,57	155,83

Fonte: SISSR

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

G: ASSISTITI	Fascia di età	Maschi	Femmine	Numero
Popolazione di età	0-13	19.534	18.347	37.881
Popolazione di età	14-64	116.882	111.810	228.692
Popolazione di età	65-74	21.540	25.449	46.989
Popolazione di età	75 anni e oltre	21.755	34.442	56.197
Popolazione di età	Totale	179.711	190.048	369.759

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2022 è pari a 289.719 unità (90.560 per motivi di reddito, 199.159 per altri motivi)

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT perché rilevati in momenti diversi dell'anno.

**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 Presidio 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, complicità 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.

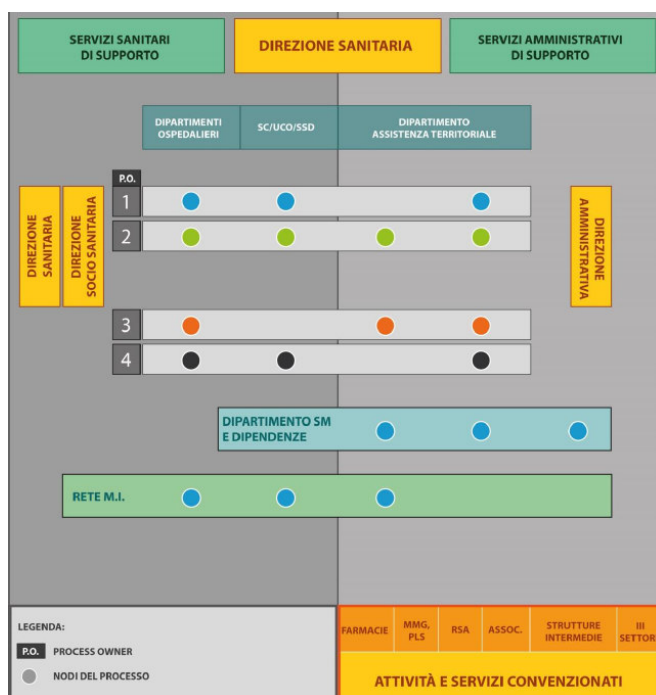
Il nuovo modello consente di mettere in rete tutti i servizi espressi nelle aree di produzione fornendo una risposta completa in un quadro che al paziente dovrà risultare unitario (logica di "rete"). In questo contesto prevale il criterio della presa in carico del paziente, coinvolgendo molteplici discipline 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'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'articolazione organizzativa a matrice di ASUGI è rappresentata nello schema riportato di seguito.



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.

Il percorso di attuazione dell'Atto Aziendale è stato avviato nel 2022 e si completerà nel 2023.

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);



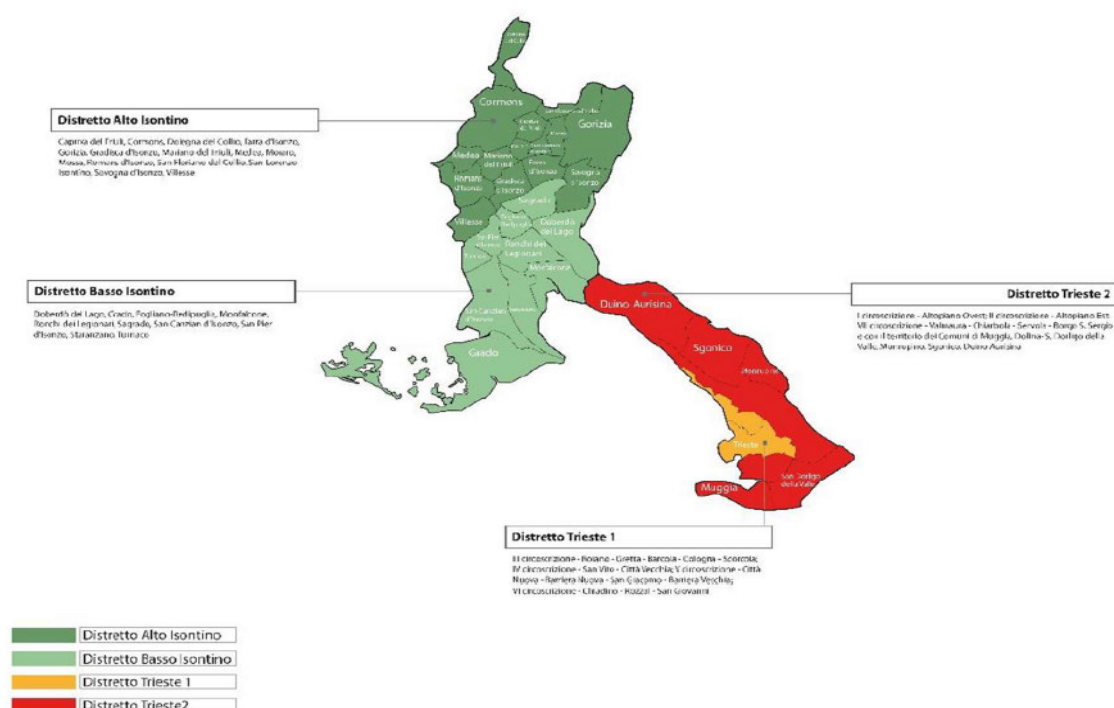
- f. assistenza termale (per le funzioni autorizzativa, di verifica e controllo);
- g. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- h. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

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 ASUGI.





## AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)

L'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC) è costituita in ottemperanza alla L.R. n. 27/2018 con decorrenza dal 1 gennaio 2020. L'Azienda nasce dalla fusione, e contestuale cessazione, delle precedenti Azienda sanitaria Universitaria integrata di Udine (ASUIUD), Azienda per i Servizi Sanitari Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli (AAS3) e parte della precedente Azienda per i Servizi Sanitari Bassa Friulana-Isontina (AAS2).

L'Azienda assicura inoltre in coerenza alle proprie funzioni istituzionali l'attività di didattica e ricerca prioritariamente all'interno del presidio ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine.

Ha sede legale a Udine in Via Pozzuolo n. 330 con codice fiscale e partita IVA 0298566030.

L'ASU FC opera su un territorio coincidente con la provincia di Udine. La superficie totale del territorio dell'Azienda è di Km<sup>2</sup> 4.904,9 (63% del territorio regionale); la popolazione residente al 31 dicembre 2021 (fonte dati ISTAT) è di 518.442 abitanti (oltre il 43% della popolazione regionale). Il corretto dimensionamento del bacino d'utenza dell'Azienda deve, però, tener conto anche del movimento turistico presente nel territorio del Comune di Lignano nel periodo estivo.

L'ambito di operatività dell'Azienda comprende i 134 comuni della provincia di Udine, attualmente suddivisi in 9 distretti sanitari territoriali.

Distretto	Popolazione residente	Distribuzione % della popolazione	Comuni
Distretto di Tolmezzo	36.242	7,0%	28
Distretto di Gemona del Friuli	31.307	6,0%	15
Distretto di S. Daniele del Friuli	46.397	8,9%	14
Distretto di Codroipo	49.969	9,6%	11
Distretto di Tarcento	39.824	7,7%	11
Distretto di Cividale	49.644	9,6%	17
Distretto di Udine	157.489	30,4%	9
Distretto di Palmanova	56.149	10,8%	17
Distretto di Latisana	51.421	9,9%	12
<b>Totale ASU FC</b>	<b>518.442</b>	<b>100,00%</b>	<b>134</b>

La tabella che segue evidenzia la distribuzione della popolazione residente di ASU FC per genere e classe di età:

Classi Età	Femmine	Maschi	Totale	% sul tot
00-14	28.349	29.524	57.873	11,2%
15-64	158.700	160.957	319.657	61,7%
65-74	35.149	31.573	66.722	12,9%
75+	44.128	30.062	74.190	14,3%
<b>TOTALE</b>	<b>266.326</b>	<b>252.116</b>	<b>518.442</b>	<b>100,0%</b>

Fonte dati: ISTAT, Popolazione al 31.12.2021

Il modello ministeriale FLS.11, riguardante il numero di assistibili (soggetti che hanno effettuato presso ASU FC la scelta del medico di base o del pediatra) ed il numero di persone esenti nell'anno 2022, riporta quanto segue:

Assistibili (Fasce età)	Maschi	Femmine	Totale
00 - 13 aa	26.360	25.208	51.568
14 - 64 aa	157.153	157.538	314.691
65 - 74 aa	31.177	34.896	66.073
> 74 aa	29.928	43.797	73.725
Totale Azienda	244.618	261.439	506.057

Utenti esenti da Ticket	Totale
per età e reddito	95.050
per altri motivi	209.202

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT della popolazione residente in quanto tra gli assistibili sono presenti anche pazienti domiciliati e non residenti, mentre tra i residenti ci sono persone che possono non avere scelto il MMG o il PLS.

## **ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

Con l'approvazione dell'Atto aziendale, con decreto n. 581 del 24/5/2022, l'Azienda ha avviato un'importante revisione organizzativa.

Con i successivi decreti di attuazione è iniziata la fase di formalizzazione della struttura organizzativa dell'assistenza ospedaliera e del Dipartimento di Prevenzione a partire dal 1 novembre 2022, mentre per la struttura organizzativa dell'assistenza territoriale si darà corso nel 2023.

Di seguito pertanto si rappresenta la struttura organizzativa dell'Azienda a fine 2022.

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

Come previsto dagli articoli 27 e 28 della Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22, l'assistenza ospedaliera viene garantita nei presidi e nelle sedi ospedaliere di seguito indicati:

- Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine (Presidio Ospedaliero di II° livello- hub);
- Presidio Ospedaliero di San Daniele – Tolmezzo (Presidio Ospedaliero di base - spoke) - sede ospedaliera di San Daniele del Friuli e sede ospedaliera di Tolmezzo;
- Presidio Ospedaliero di Latisana – Palmanova (Presidio Ospedaliero di base - spoke) - sede ospedaliera di Latisana e sede ospedaliera di Palmanova;
- Presidio ospedaliero specializzato nell'area della riabilitazione denominato Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" nelle due sedi di Udine e di Gemona.

Il sistema organizzativo ospedaliero è articolato in Dipartimenti strutturali Assistenziali e ad Attività Integrata, come di seguito elencati:

- Dipartimento Strutturale di Assistenza Ospedaliera
- Dipartimento di Medicina Interna
- Dipartimento di Medicina Specialistica
- Dipartimento di Area Oncologica
- Dipartimento Testa-Collo e Neuroscienze
- Dipartimento Cardio-Toracico
- Dipartimento Riabilitativo
- Dipartimento Mamma-Bambino
- Dipartimento di Laboratorio
- Dipartimento Area Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento Chirurgico S. Maria della Misericordia
- Dipartimento Chirurgico S. Daniele-Tolmezzo
- Dipartimento Chirurgico Latisana-Palmanova
- Dipartimento Area Emergenza S. Maria della Misericordia
- Dipartimento dei Servizi e dell’Emergenza S. Daniele-Tolmezzo
- Dipartimento dei Servizi e dell’Emergenza Latisana-Palmanova

#### ASSISTENZA TERRITORIALE

Il sistema organizzativo territoriale, **nelle more della completa attuazione dell’atto aziendale**, è articolato come segue:

- nove distretti sanitari
  - Distretto di Palmanova
  - Distretto di Latisana
  - Distretto di Gemona
  - Distretto di Tolmezzo
  - Distretto di S. Daniele
  - Distretto di Codroipo
  - Distretto di Tarcento
  - Distretto di Cividale
  - Distretto di Udine
- Dipartimento di Prevenzione con le seguenti articolazioni:
  - SOC Igiene e Sanità pubblica;
  - SOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
  - SOC Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro;
  - SOC Sanità Animale
  - SOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale
  - SOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche;
  - SSD Medicina preventiva delle comunità;
  - SSD Medicina Legale;
- Dipartimento di Salute Mentale con le seguenti articolazioni:

- CSM sulle 24h a Tolmezzo, Gemona, San Daniele, Udine nord e sud, Cividale del Friuli, Latisana e Palmanova;
- CSM sulle 12h a Codroipo e Tarcento;
- Servizio Ospedaliero Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- SOC Clinica Psichiatrica
- 3 dipartimenti/strutture delle dipendenze

## AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)

L'azienda sanitaria "Friuli Occidentale" opera su un territorio coincidente con la provincia di Pordenone ed ha un'estensione di 2.273 kmq, pari al 29% della superficie regionale, con una popolazione complessiva di 309.473 abitanti (ISTAT), distribuiti in 50 comuni, suddivisi in 5 distretti.

La popolazione residente al 1/1/2022, in base ai dati ISTAT, ammonta a 309.473 abitanti, in calo rispetto all'anno precedente (310.634 abitanti al 1/1/2021). Nel bilancio annuale il saldo demografico naturale è risultato negativo con 2.121 nati e 3.662 morti (-1.541).

La composizione per fasce di età dei residenti al 1/1/2022 risulta essere così strutturata.

Fasce d'età	Femmine		Maschi		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
<b>0-14</b>	19.196	12,21%	20.464	13,44%	39.660	12,82%
<b>15-64</b>	95.600	60,79%	98.132	64,47%	193.732	62,60%
<b>65-w</b>	42.457	27,00%	33.624	22,09%	76.081	24,58%
<b>Totale Residenti</b>	<b>157.253</b>	<b>100,00%</b>	<b>152.220</b>	<b>100,00%</b>	<b>309.473</b>	<b>100,00%</b>

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, differiscono da quelli ISTAT e da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard. In particolare, la popolazione ISTAT è pari a 309.473 unità (31/12/2021), la popolazione pesata utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 341.956 (31/12/2021).

## ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'AsFO adotta il seguente modello organizzativo:

Articolazione in strutture operative e piattaforme assistenziali deputate a garantire i livelli essenziali di assistenza e in strutture di supporto alle attività di erogazione dei LEA.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono erogati da strutture/servizi:

A) Aziendali:

➤ a prevalente valenza territoriale, che assicurano l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro e l'assistenza distrettuale, in conformità agli artt. 14 e seguenti della L.R. 17/2014;

➤ ospedaliere, che assicurano l'assistenza ai pazienti affetti da patologie a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché la gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso.

#### B) Privati accreditati.

Le funzioni di supporto sono assicurate dalle strutture/servizi di Staff della Direzione Strategica nonché dalle strutture/servizi della Direzione Amministrativa e Sanitaria, secondo i rispettivi ambiti di competenza.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.

I dipartimenti clinici ospedalieri aggregano le strutture complesse e semplici dipartimentali del Presidio Ospedaliero di Pordenone e del Presidio Ospedaliero di S. Vito al Tagliamento e Spilimbergo, secondo un modello già consolidato e ispirato alla massima integrazione dei professionisti e alla migliore valorizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.).

Alle piattaforme organizzative è assegnato il governo delle risorse professionali secondo le aree definite dalla legge 251/2000 e L.R. 10/2007. Sono gestite in autonomia da un coordinatore di piattaforma, di una delle professioni sanitarie o tecniche, con incarico di posizione organizzativa o di dirigenza in base alla complessità della piattaforma e alle risorse disponibili. Il responsabile di piattaforma fa capo gerarchicamente al direttore di dipartimento e funzionalmente al coordinamento delle professioni sanitarie e tecniche. In relazione alla complessità delle risorse gestite la piattaforma può assumere la connotazione di S.O.C., S.O.S. o di posizione organizzativa.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità. Ciò si traduce, per quanto possibile e opportuno, nell'attribuzione e nella delega esplicita di poteri e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione.

L'area della Direzione Amministrativa è articolata in due dipartimenti: il dipartimento tecnico e quello amministrativo. L'area della Direzione Sanitaria è articolata in:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento Dipendenze e della Salute Mentale
- Dipartimento dell'Assistenza Territoriale (DAT)
- Dipartimento Direzione Rete Ospedaliera
  
- Il Dipartimento dell'Assistenza Territoriale (DAT) è articolato in:
  - 5 distretti
  - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
  - Hospice, Cure Palliative e Degenze intermedie

- Il Dipartimento Direzione Rete Ospedaliera è articolato in 2 presidi:
- Presidio ospedaliero di Pordenone – hub di primo livello
- Presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento – Spilimbergo – spoke

Con decreto del Direttore Generale n. 939 del 07/11/2022 è stato adottato il nuovo Atto aziendale di ASFO che disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale e che definisce nell'allegato A "Organigramma aziendale" il nuovo modello strutturale.

## **IRCCS BURLO GAROFOLO**

Il Burlo Garofolo, in quanto IRCCS, è chiamato a garantire un doppio mandato: come Istituto Scientifico persegue finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione dei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, come Presidio di rilievo nazionale assicura nell'area materno infantile l'erogazione di prestazioni diagnostiche, di cura e di riabilitazione a cittadini della provincia di Trieste, della Regione Friuli Venezia Giulia ed extraregionali, compresi i cittadini stranieri. In particolare l'Istituto svolge assistenza materno – infantile di base e di alta specializzazione per l'area di Trieste e di alta specializzazione per il resto della Regione e dell'Italia.

In quanto IRCCS la legge regionale 14/2006 ne detta l'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale, giuridico, mentre sul fronte assistenziale la legge di riforma del SSR (legge regionale 17/2014) ne ha ridisegnato in parte ambiti, funzioni e ruolo rispetto alla rete sanitaria regionale. Le criticità emerse in sede di applicazione della legge 17/2014 sono state affrontate dalla LR 27/2018, che, mantenendo saldi i principi ed i valori della precedente legge, tra cui principalmente l'integrazione tra ospedale e territorio, ha posto mano alla revisione della governance del SSR.

A fine 2019 la legge regionale n. 22/2019 ha confermato all'art. 29 l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste tra i presidi ospedalieri specializzati della Regione e ha attribuito al nostro Istituto, al comma 3, le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina presso la sede di Trieste e presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, secondo la programmazione vigente. Nel 2020 non si è dato seguito al nuovo assetto organizzativo da parte di nessuna Azienda del SSR, a causa della gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID19 e la Regione ha deciso di riprogrammare tale attività nel 2021.

Nel corso del 2021, pertanto, secondo le indicazioni e le tempistiche regionali, l'Istituto ha provveduto alla redazione della proposta di atto aziendale che definisce i principi generali dell'organizzazione e la configurazione degli assetti strutturali e delle articolazioni di governo dell'Ente. L'iter di approvazione del nuovo atto aziendale si è concluso nel 2022 (decreto n. 62/2022), anno in cui sono stati adottati anche i provvedimenti necessari all'attuazione del nuovo assetto organizzativo che si è concretizzato solo nel 2023 (definizione delle strutture semplici articolazione di struttura complessa, funzionigramma, regolamento organizzativo e regolamento degli incarichi dirigenziali).

Esso prevede che l'attività clinica assistenziale si espliciti attraverso tre dipartimenti clinici e un dipartimento dei servizi.

## **IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO**

La denominazione ufficiale dell'Ente è: "*Centro di Riferimento Oncologico*" di Aviano. Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed è classificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'Oncologia.

E' dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n. 14 del 10 agosto 2006 in attuazione del D.Lvo di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

E' stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto Interministeriale in data 31 luglio 1990 e mantiene tuttora tale qualifica in forza del superamento delle periodiche visite di sorveglianza da parte del Ministero competente. E' un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si distingue per essere una organizzazione sanitaria nella quale l'approccio alle malattie neoplastiche è caratterizzato da una completa integrazione tra ricerca, prevenzione e cura. Il malato è posto al centro di un tempestivo e coordinato intervento multidisciplinare, derivato dall'esperienza clinica coniugata con le più avanzate acquisizioni di ricerca, maturate in proprio ed a livello della comunità scientifica: tutto il percorso diagnostico terapeutico è improntato alla personalizzazione delle cure ed è caratterizzato da una forte connotazione di umanizzazione e di attenzione alle esigenze del paziente e dei suoi familiari.

L'Istituto persegue lo scopo istituzionale di promuovere ed attuare la ricerca e la cura nell'ambito delle patologie oncologiche attraverso le attività di ricerca sperimentale e clinica, quelle clinico-assistenziali, organizzative e di supporto amministrativo secondo criteri di efficacia, efficienza, equità, rispetto dei diritti dei Cittadini e dei principi di Bioetica.

Il D.lgs. 23.12.2022, n. 200 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3" ha profondamente aggiornato e rivisto la normativa di riferimento degli IRCCS. L'istituto già dai primi mesi del 2023 sarà impegnato per quanto di competenza nel dare seguito a quanto previsto, nonché ad assicurare ogni utile supporto a livello della programmazione regionale.

### **Attività Scientifica**

Il CRO svolge attività di ricerca nell'area dell'oncologia, sviluppando linee di ricerca concordate con il Ministero della Salute. Tali linee corrispondono alle grandi aree che caratterizzano la ricerca clinica e traslazionale dell'Istituto e si distinguono anche per la particolare attenzione verso l'umanizzazione delle cure.

Il CRO, in coerenza con le caratteristiche e le finalità istituzionali, è altresì impegnato a sostenere la ricerca traslazionale e l'innovazione promosse dalla Regione Friuli Venezia Giulia, partecipando alle iniziative regionali e internazionali.

L'Istituto ha ormai un impianto consolidato e un'attività di ricerca multidisciplinare che dimostra l'interdipendenza e la competitività della sua ricerca clinica, sperimentale ed epidemiologica che si traduce in una buona capacità di attrarre fondi di ricerca (circa 7 milioni di euro l'anno) e in un buon livello di produzione scientifica.

Il programma clinico e di ricerca del CRO dimostra un'alta qualità scientifica, con potenziale eccellenza in alcune aree specifiche, comprese la ricerca traslazionale, l'epidemiologia e la patogenesi e trattamento delle malattie linfo-ematopoietiche e dei tumori femminili e dell'anziano.

### **Attività Clinico-assistenziale**

Il CRO eroga prestazioni sanitarie di alta qualificazione a pazienti affetti da patologie oncologiche; in questo contesto è impegnato nella adozione/revisione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) multidisciplinari ed integrati e nella gestione del paziente mediante Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici – (GAMO). Ogni GAMO è costituito da professionisti sanitari delle differenti discipline coinvolte nel trattamento di una specifica patologia per assicurare la migliore gestione nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da tumore, in coerenza con la DGR 2049/2019 di istituzione della rete oncologica regionale.

L'Istituto si dedica infatti alla cura e alla ricerca sui tumori in tutte le loro fasi: prevenzione, diagnosi, trattamento, cure riabilitative e sostegno di pazienti e dei loro famigliari in un'ottica di patient-centered hospital.

L'offerta clinica del CRO comprende trattamenti di oncologia medica innovativi (immunoterapia e trapianto autologo di midollo), chirurgia oncologica generale, chirurgia senologica e chirurgia ginecologica oncologica, e un'avanzata radioterapia sia curativa sia palliativa. E' presente, inoltre, un reparto "*Area Giovani e radioterapia pediatrica*", che si occupa della presa in carico e del trattamento dei giovani adulti, con patologie oncologiche ed oncoematologiche nonché funge da riferimento regionale per il trattamento radiante dei pazienti pediatrici.

Nel corso del 2022 sono state implementate alcune nuove funzioni (oncodermatologia, genetica medica ad indirizzo oncologico, chirurgia plastica, riabilitazione).

L'offerta dell'oncologia medica e chirurgica comprende linfomi e leucemie, tumori femminili, tumori dell'apparato genito-urinario, dell'apparato respiratorio, della testa e del collo, del tratto gastrointestinale, della cute e degli annessi, dei sarcomi e dei tumori rari, dei pazienti in immunodepressione, dedicando molta attenzione all'inclusione ed ai risultati della terapia nei pazienti fragili, in particolari gli anziani. Vi è inoltre, un percorso dedicato e finalizzato alla presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare del paziente oncologico per cure simultanee e cure palliative. L'Istituto si caratterizza anche per lo studio dei tumori associati ad agenti infettivi.



L'Istituto mantiene attenzione prioritaria a consolidare il proprio ruolo di riferimento nazionale sulle patologie di pertinenza sia per le attività clinico assistenziali sia per la partecipazione allo sviluppo di linee di ricerca. L'attrazione esercitata sulla popolazione oncologica è legata alla specificità del CRO, che offre un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare, la possibilità di accedere a cure innovative e di partecipare allo sviluppo delle conoscenze scientifiche promuovendo che partecipando a protocolli di ricerca clinica e traslazionale.

### **Rete oncologica regionale**

Come previsto dalla DGR n. 2049 del 29.11.2019, nell'ambito della predisposizione della Rete Oncologica Regionale (ROR) da parte di ARCS, il CRO ha partecipato, quando richiesto, ai gruppi di lavoro regionali dedicati alla stesura dei PDTA.

All'interno dell'Istituto sono stati inoltre formalizzati i GAMO (Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici, come previsti dalla DGR 2049/2019), che hanno operato in conformità a quanto previsto dal regolamento aziendale e avviato la revisione dei PDTA aziendali per le principali patologie trattate.

Nel corso del 2022 sono stati gradualmente implementati i protocolli per la gestione delle chemioterapie nelle varie aree di patologia su Log80, il sistema informativo regionale per la gestione del paziente oncologico.

I gruppi di lavoro interaziendali continueranno l'inserimento dei protocolli anche nel 2023 alla totale copertura di quelli utilizzati, in stretta collaborazione con il Dipartimento di Oncologia e con la Clinica Ematologica di ASUFC.

Il passaggio al nuovo sistema informativo ha consentito di aumentare i livelli di sicurezza dell'attività clinico-assistenziale nelle varie fasi della terapia, in particolare nella diluizione e somministrazione.

A partire da maggio 2022 il nuovo gestionale è stato introdotto anche nel setting ambulatoriale ampliando l'ergonomia operativa dei medici nella gestione dell'informazione clinica sul paziente. Questo sviluppo da una parte ha migliorato l'adesione agli standard di accreditamento relativamente all'eHealth/medical record (eHR/eMR), dall'altra ha anticipato il superamento degli attuali sistemi clinici (G2) già previsto a livello regionale nei prossimi anni per adeguamento normativo.

Sul finire dell'anno è stato attivato il gruppo di lavoro per l'implementazione della rete oncologica anche nel setting delle degenze, pianificato e poi effettuato per il mese di gennaio. Il CRO sta avviando, come sito pilota in regione, la cartella ospedaliera informatizzata per l'oncologia. Infine, nel corso dell'anno, sono stati aggiornati i dati epidemiologici dei tumori più rilevanti da come rilevati dal registro tumori regionale al 31.12.2020.

### **Innovazione tecnologica**

Con riferimento all'innovazione tecnologica, in considerazione dell'incremento della domanda di prestazioni di radioterapia e radiodiagnostica, si ritiene prioritario sviluppare ulteriori

l'integrazione tra radioterapia - imaging medico nucleare – radiologico, al fine ottimizzare i piani di trattamento radioterapico e ottenere un miglioramento della qualità e dei risultati del trattamento radiante. Anche nel 2022 è proseguito il progetto sull'utilizzo integrato di metodiche multiple di centratura avvalendosi di risorse proprie finalizzate allo sviluppo di progettualità volte a promuovere la prevenzione, la diagnostica, la terapia e la cura oncologica in quanto somme devolute all'Istituto provenienti da donazioni/oblazioni proprio con la volontà di contribuire a tutte le attività dell'Istituto stesso (Del. 145/2021 e Del. 297/2021).

Relativamente alla protonterapia, nel corso del 2022 si è perfezionata la progettazione definitiva, che ha necessitato tuttavia di alcune modifiche/varianti; oltre agli studi radioprotezionistici sono state sottoposte le richieste autorizzative a tutti gli enti coinvolti e ad inizio 2023 è stato attivato lo strumento della Conferenza dei Servizi. Da evidenziare che oltre agli investimenti edili/impiantistici/tecnologici la messa a regime del sistema di protonterapia richiederà un aggiornamento della dotazione organica, con particolare riferimento alle figure di fisici, radioterapisti, tecnici di radiologia. L'implementazione graduale di tali professionalità, peraltro già avviata, necessita che determinate figure siano operative per assicurare tutti gli aspetti di radioprotezione e autorizzazioni fin dall'avvio della progettazione nonché per consentire un adeguato periodo di formazione del personale tecnico e sanitario su una tecnologia che è ancora poco diffusa.

Da segnalare l'avvio dei lavori dell'Unità per la preparazione dei Farmaci Antiblastici (UFA) a seguito di autorizzazione regionale (aprile 2022), colmando così il gap rispetto agli altri due hub oncologici regionali autorizzati precedentemente. Si tratta di un intervento importante che si prevede di concludere nel corso del primo semestre 2023 e che rientra in specifici requisiti AIFA. La conclusione dei lavori consentirà la ripresa a regime dell'attività di sperimentazione clinica che ha subito una contrazione nelle more dell'iter autorizzativo.

Nell'apposita sezione sono definiti più puntualmente le attività relative agli investimenti e al PNRR.

Con riferimento alla realizzazione di una nuova Clean Room, come misura di adeguamento alle disposizioni vigenti in tema di manipolazioni di cellule staminali, dopo l'approvazione del progetto di fattibilità tecnica con Delibera n. 509 del 16.12.2021, nel 2022 è stato affidato l'incarico per servizi di ingegneria ed architettura (Determina n. 48 del 22.02.2022).

In data 23.01 2023 (prot. 1274) è stato presentato il progetto definitivo nella versione finale e attualmente sono in corso le attività per procedere alla verifica del progetto da parte del soggetto verificatore esterno.

### **Percorsi di accreditamento**

L'Istituto ha proseguito il suo impegno negli specifici programmi di accreditamento, sia obbligatorio che volontario, con l'attivazione di programmi di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. In particolare, nel 2022 l'Istituto si è impegnato su:

- la prosecuzione del programma di accreditamento internazionale secondo il modello OECI con l'implementazione delle azioni di miglioramento definite in conseguenza della visita di

accreditamento (definizione e implementazione del piano strategico pluriennale; formalizzazione dei Gruppi Aziendali Multidisciplinari Oncologici, delle rispettive procedure e PDTA; avvio della informatizzazione della documentazione clinica) e la preparazione alla visita programmata per il 2023;

- il mantenimento dell'accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA, con audit su una parte dei processi e strutture coinvolti, a seguito del quale sono state elaborate alcune raccomandazioni per il miglioramento;
- il completamento del processo di accreditamento da parte di AIFA del programma delle sperimentazioni di Fase I, con l'audit in presenza e la messa in atto delle azioni necessarie alla correzione delle non conformità rilevate previa autorizzazione regionale;
- l'ottenimento dell'accreditamento da parte di ACCREDIA del Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori (diagnostica con metodiche "in house") per la verifica della conformità alla norma ISO 15189, in ottemperanza al Regolamento Europeo 746 del 2017;
- il rinnovo dell'accreditamento istituzionale da parte della Regione FVG della medicina trasfusionale che in Istituto coinvolge la SOSD Trattamento Cellule Staminali per le Terapie Cellulari.

### **Oncologia di precisione e adeguamento alla normativa nazionale**

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

Nel corso del 2022 ARCS/DCS, in attesa che si definiscano e siano emanate le regole nazionali, ha proceduto ad una preventiva attività conoscitiva e di ricognizione delle eventuali attività collegate alla medicina di precisione per patologie oncologiche in corso di svolgimento o programmate presso Enti del SSR. e delle risorse allo stato impiegate, o impiegabili, in tali attività.

E' stato costituito il molecular tumor board d'istituto, quale nuovo approccio allo sviluppo ed implementazione di più efficaci strumenti diagnostico-prognostico-predittivo al fine di identificare i trattamenti più efficaci che meglio garantiscano l'eradicazione della malattia o prevenano la formazione di recidive locali o a distanza. In particolare le linee di ricerca del CRO approvate dal Ministero della salute sono incentrate nella integrazione tra oncologia sperimentale, diagnostica oncologica avanzata e clinica, con l'obiettivo di studiare i tumori e di privilegiare gli ambiti della medicina "4P" (predittiva, preventiva, personalizzata, partecipativa).

Infatti sviluppare l'oncologia di precisione e renderla il trattamento d'elezione è una priorità nazionale e internazionale: una sfida impegnativa e ambiziosa che non può essere affrontata da istituzioni singole ma che necessita di ampie convergenze medico-scientifiche e della partecipazione di pazienti e società civile. Da segnalare al riguardo le importanti collaborazioni del CRO sulla medicina di precisione, sia a livello nazionale che internazionale (ACC, MITO, ecc), a cui si è aggiunta a fine anno l'avvio di una convenzione quinquennale con l'MD Anderson Cancer Center di Houston.

## AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE (ARCS)

L'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) è stata attivata in data 1° gennaio 2019, in applicazione della legge regionale 27 del 17 dicembre 2018. Oltre ad assorbire le funzioni dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS), l'articolo 4 della citata legge attribuisce ad ARCS numerose altre funzioni fino a quel momento non presenti all'interno di EGAS.

Il legislatore regionale, nella sua previsione di riorganizzazione del SSR ha affidato ad ARCS un ruolo centrale nella guida del Sistema sanitario regionale, assegnandogli compiti di:

- Supporto tecnico alla Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità, per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria.
- Coordinamento degli Enti del SSR, ai quali trasferisce le scelte strategiche regionali in materia di programmazione attuativa e monitoraggio nella loro realizzazione.
- Erogazione di alcuni servizi accentrati di natura amministrativa, sanitaria, sociosanitaria, tecnica e logistica.

Con l'entrata in vigore della L.R. n. 22 del 12 dicembre 2019 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006", il modello sanitario regionale di riferimento è stato ulteriormente dettagliato, così come è stato maggiormente specificato il ruolo di ARCS nel processo di pianificazione e programmazione regionale, nonché i suoi rapporti con altri enti del Servizio sanitario e con la Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità.

A partire dalla sua attivazione, è iniziata l'implementazione delle funzioni necessarie a rispondere al mandato indicato all'articolo 4 della legge citata. In particolare:

- È stata attivata la funzione di *Pianificazione, Programmazione e Controllo Direzionale* con il fine di assolvere a quanto previsto dal comma 4 lettera e) dell'articolo 4 della LR 27/2018 e dagli articoli 52, 53, 54, 56 e 57 della LR 22/2019, nonché di svolgere l'attività interna per ARCS.
- È stata attivata la funzione *Politiche del Farmaco, Dispositivi Medici e Protesica* nella quale sono confluite le funzioni previste dal comma 4 lettera d) dell'articolo 4 della LR 27/2018 e la gestione delle attività a supporto del Comitato Etico Unico Regionale, precedentemente incardinata nell'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano. Inoltre, assicura le attività di competenza a supporto delle funzioni previste alla lettera a), ai punti 2 e 4 lettera b) e ai punti 1 e 2 lettera c) del comma 4 dell'articolo 4 della LR 27/2018.
- È stata potenziata la funzione di *Ingegneria clinica* necessaria ad assolvere a quanto previsto ai punti 4 e 5 della lettera b) e al punto 6 della lettera c) del comma 4 dell'articolo 4 della LR 27/2018, nonché assicurare le attività di competenza a supporto delle funzioni previste alla lettera a), al punto 2 lettera b), ai punti 2 e 8 lettera c) e alle lettere d), e) ed f) e fornire supporto in relazione all'articolo 40 della LR 22/2019. Il potenziamento attuato ha permesso di portare a termine l'attrezzaggio della Cittadella della Salute di Pordenone entro i tempi previsti e sta consentendo il regolare svolgimento delle procedure di gara per l'attrezzaggio del Nuovo Ospedale di Pordenone. Successivamente permetterà di procedere analogamente con quelli degli ospedali di Udine e Trieste.

- In accordo con la Direzione centrale salute (DCS), è stata attivata la funzione di *Monitoraggio del patrimonio immobiliare del SSR* che sta supportando la DCS stessa nel seguire in modo coordinato la programmazione degli investimenti in sanità previsti dal PNRR e di quelli che utilizzeranno i fondi regionali.
- È stata potenziata l'attività dei *concorsi centralizzati*, in seno alla funzione Gestione Risorse Umane, che è passata dall'assicurare 1-2 concorsi all'anno a farsi carico di tutti i concorsi del comparto, in modo da permettere alle aziende sanitarie e agli IRCCS di concentrarsi su quelli della dirigenza.
- È stato potenziato il *Centro Regionale per la Formazione* per assolvere al mandato di cui al punto 3, lettera c) dell'articolo 4 della LR 27/2018 e a quanto previsto dagli articoli 37 e 38 della LR 22/2019. Sono state portate in ARCS l'organizzazione dei corsi per direttori di struttura complessa dell'area sanitaria, precedentemente gestiti dall'IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, e il Centro di formazione per l'assistenza sanitaria, precedentemente incardinato nell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. È stata avviata anche una nuova edizione del corso per direttori generali che terminerà a metà del 2022.

## 1.2. Generalità sulla struttura e l'organizzazione dei servizi

### AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA (ASUGI)

#### ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Assistenza Ospedaliera è garantita dai due Presidi ospedalieri, quello di Cattinara e Maggiore, con 635 p.l. alla data del 31/12/2022 (599 ordinari, 36 di day hospital) e quello di Gorizia e Monfalcone, con 383 p.l. alla data del 31/12/2022 (348 ordinari e 35 di day hospital). Inoltre, sul territorio insistono un ospedale infantile, l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Speciale Burlo Garofolo e altre 3 case di cura convenzionate (240 p.l. accreditati).

Il Presidio Cattinara/Maggiore è costituito da due complessi ospedalieri, uno denominato Ospedale di "Cattinara" ed uno denominato Ospedale "Maggiore". È sede del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste.

Il Presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone è composto da 2 stabilimenti: l'Ospedale San Giovanni di Dio di Gorizia e l'Ospedale San Polo di Monfalcone.

Le sale operatorie del presidio ospedaliero Maggiore/Cattinara sono in totale 22 (due dedicate completamente ad attività di chirurgia "ambulatoriale" e "day surgery" presso l'ospedale Maggiore). Le sale operatorie del presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone sono in totale 12 (di cui 2 dedicate ai piccoli interventi chirurgici in regime "ambulatoriale" e di "day surgery"). Al Complesso Operatorio di Cattinara sono collegati 15 p.l. di "recovery-room". Al Complesso Operatorio di Gorizia e Monfalcone sono collegati 8 p.l. di "recovery-room".

L'emergenza Cardiologica viene assicurata presso il Polo Cardiologico di Trieste (altri 15.000 m2) che dispone di 3 sale emodinamiche e di 9 p.l. di UCIC. Nello stesso Polo è operativa la

Cardiochirurgia (24 p.l.) con due sale operatorie e terapia intensiva (altri 10 p.l.) e nel presidio di Gorizia e Monfalcone viene assicurata attraverso 12 p.l. di terapia intensiva cardiologica (8 a Gorizia e 4 a Monfalcone) e 18 p.l. di terapia semintensiva cardiologica (8 a Gorizia e 10 a Monfalcone).

Inoltre nel Presidio di Cattinara è attiva l'unica Camera Iperbarica regionale con una capienza di 12 p.l. L'attività dialitica è garantita presso il presidio Cattinara/Maggiore attraverso 53 p.l. "tecnici" in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati. Presso il presidio di Gorizia e Monfalcone, invece, l'attività dialitica è garantita attraverso 34 p.l. "tecnici" (16 a Gorizia e 18 a Monfalcone) in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

### PRESIDIO OSPEDALIERO CATTINARA – MAGGIORE

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA		DISCIPLINE E POSTI LETTO AL 31/12/2022					
SEDE OSPEDALIERA	U.O./ISTITUTO	CODICE DISCIPLINA (CODICE AZIENDA)	PRO GR. DIVISIONE	TIP O DIVISIONE	DH - DS	ORD.	TOT
O.C.	S.C. Cardiochirurgia	07	01		0	24	24
O.C.	S.C. Cardiologia	08	01		2	30	32
O.C.	S.C. Clinica Chirurgica	09	04	(2)	2	38	40
O.C.	S.C. Clinica di Chirurgia Plastica	12	01	(2)	1	13	14
O.C.	S.C. Chirurgia Toracica	13	01	(2)	1	7	8
O.C.	S.C. Clinica di Chirurgia Vascolare	14	01	(2)	1	13	14
O.C.	S.C. Ematologia Clinica	18	01		2	17	19
O.C.	S.C. Geriatria	21	01		0	24	24
O.C.	S.C. Geriatria COVID	21	02	C	0	0	0
O.C.	S.C. Malattie Infettive	24	01		2	10	12
O.C.	S.C. Malattie Infettive COVID	24	02	C	0	7	7
O.C.	S.C. Malattie Infettive COVID	24	03	C	0	0	0
O.C.	S.C. Medicina del Lavoro	25	01	(2)	1	0	1
O.C.	S.C. Clinica Medica	26	07	(2)	1	40	41
O.C.	S.C. Medicina Clinica	26	08	(2)	2	39	41
O.C.	S.C. Clinica Patologie del fegato	26	09	(2)	1	0	1
O.C.	S.C. Medicina Interna	26	10		1	40	41
O.C.	S.C. Medicina Clinica COVID	26	11	C	0	0	0
O.C.	S.C. Clinica Medica COVID	26	12	C	0	33	33
O.C.	S.C. Nefrologia e Dialisi	29	01		2	12	14
O.C.	S.C. Neurochirurgia	30	01		1	20	21
O.C.	S.C. Clinica Neurologica	32	02	(2)	1	19	20
O.C.	<i>Stroke Unit</i>	32	02	(2)	0	8	8
O.C.	<i>Neuroriabilitazione</i>	32	02	(2)	0	4	4
O.C.	S.C. Clinica Oculistica	34	01	(2)	0	9	9
O.C.	S.C. Chirurgia Maxillofaciale Odontostomatologia	35	01	(2)	2	4	6
O.C.	S.C. Clinica Ortopedica	36	02	(2)	2	35	37
O.C.	S.C. Clinica Otorinolaringoiatrica	38	01	(2)	2	14	16
O.C.	S.C. SPDC - PSICHIATRIA	40	01		0	7	7
O.C.	S.C. Clinica Urologica	43	02	(2)	3	25	28
O.C.	S.C. Anestesia e Rianimazione	49	01		0	3	3
O.C.	S.C. Anestesia, Rianimazione e T.A.	49	02	(2)	0	15	15
O.M.	TIPO - Cardiochirurgia	49	03		0	10	10
O.M.	S.C. Anestesia, Rianimazione e T.A. COVID	49	04	C	0	0	0
O.M.	S.C. Anestesia e Rianimazione COVID	49	05	C	0	3	3
O.M.	UTIC	50	01		0	9	9
O.M.	S.C. Medicina d'Urgenza	51	01		0	24	24
O.M.	S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza COVID	51	02		0	0	0
O.M.	S.C. Clinica Dermatologica	52	02	(2)	2	0	2
O.M.	S.C. Medicina Riabilitativa	56	01		2	24	26
O.M.	S.C. Gastroenterologia	58	01		1	3	4
O.M.	S.C. Oncologia	64	01		0	0	0
O.M.	S.C. Pneumologia	68	01		1	12	13
O.M.	S.C. Pneumologia COVID	68	02	C	0	0	0
O.M.	S.C. Pneumologia COVID Sub Intensiva	94	68	C	0	4	4
TOTALE					36	599	635

Il Tasso di occupazione dei posti letto complessivo è pari a 80,08%, all'84,5% nel presidio Cattinara/Maggiore mentre in quello di Gorizia e Monfalcone è pari a 72,6%.

L'Azienda, inoltre:

1. accoglie in Pronto Soccorso (PS) una media di 193 cittadini/giorno nell'area giuliana e 173 cittadini al giorno nell'area isontina;

2. ricovera, dopo primo intervento presso il PS, una media di 23 pazienti/giorno in ricovero ordinario (pari al 14,84% degli accessi) nell'area giuliana e 12 (pari al 8,57% degli accessi) nell'area isontina;

3. accetta in ricovero ordinario programmato 49 pazienti/giorno nell'area giuliana e 31 nell'area isontina; in ricovero in regime diurno (Day Hospital o Day Surgery) 7 nell'area giuliana e 5 nell'area isontina;

4. per la specialistica ambulatoriale (per esterni):

- offre una media di 2.698 (nell'area giuliana) e 1.560 (nell'area isontina) prestazioni di specialistica ambulatoriale/giorno (sia visite che prestazioni strumentali o chirurgiche ambulatoriali, escluso quindi la Medicina dei Servizi e la Diagnostica per Immagini);

- eroga una media di 8.653 prestazioni di diagnostica di laboratorio/giorno per pazienti operando anche per il bacino di utenza dell'Istituto Burlo Garofolo;

- eroga una media di 293 (nell'area giuliana) e 142 (nell'area isontina) prestazioni di diagnostica per immagini/giorno.

#### PRESIDIO OSPEDALIERO GORIZIA – MONFALCONE

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA PRESIDIO GORIZIA E MONFALCONE		DISCIPLINE E POSTI LETTO AL 31/12/2022					
SEDE OSPEDALIERA	U.O./ISTITUTO	CODICE DISCIPLINA (CODICE AZIENDALE)	PRO GR. DIVISIONE	TIPO DIVISIONE	D.H.- D.S.	ORD.	TOT.
GO	G.-CARDIOLOGIA CON U.C.	8	1		1	16	17
GO	G.-CHIRURGIA GENERALE	9	1		2	18	20
GO	G.-MEDICINA GENERALE	26	1		4	58	62
GO	G.-MEDICINA COVID GO	26	3	C	0	0	0
GO	G.-NEFROLOGIA	29	1		2	0	2
GO	G.-NEUROLOGIA	32	1		1	15	16
GO	G.-ODONTOSTOMATOLOGIA	35	1		2	2	4
GO	G.-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	1		2	21	23
GO	G.-UROLOGIA	43	1		2	19	21
GO	G.-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	49	1		0	8	8
GO	G.-ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID	49	3	C	0	0	0
GO	G.-DEGENZA SEMINTENSIVA	51	1		0	3	3
GO	G.-MEDICINA D'URGENZA COVID GO	51	3	C	0	0	0
GO	G.-RIABILITAZIONE	56	1		0	4	4
GO	G.-RIANIMAZIONE COVID SUBINT GO	94	1	C	0	0	0
GO	G.-SUB INT COVID MEDICINA D'URGENZA GO	94	51	C	0	0	0
MONFALCONE	M.-CARDIOLOGIA CON U.C.	8	2		1	10	11
MONFALCONE	M.-CHIRURGIA GENERALE	9	2		2	28	30
MONFALCONE	M.-MEDICINA GENERALE	26	2		4	60	64
MONFALCONE	M.-OCULISTICA	34	2		2	4	6
MONFALCONE	M.-ORTOP. E TRAUMATOLOGIA	36	2		2	22	24
MONFALCONE	M.-GINECOLOGIA - OSTETRICIA	37	2		4	20	24
MONFALCONE	M.-OTORINOLARINGOIATRIA	38	2		2	6	8
MONFALCONE	M.-PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	39	2		2	4	6
MONFALCONE	M.-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	49	2		0	4	4
MONFALCONE	M.-DEGENZA SEMINTENSIVA	51	2		0	2	2
MONFALCONE	M.-RIABILITAZIONE MOTORIA	56	2		0	8	8
MONFALCONE	M.-RIABILITAZIONE ESTENSIVA	60	2		0	16	16
	TOTALE				35	348	383



Nel territorio gestito da ASUGI, l'attività extra ospedaliera viene erogata in più di 180 Strutture tra cui ambulatori specialistici, Strutture Residenziali e Semiresidenziali, per l'assistenza psichiatrica, per la disabilità fisica, ecc... organizzati per discipline (112 per l'area giuliana e 76 per quella isontina). Negli ambulatori dell'area giuliana vengono erogate oltre 270.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 45% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area giuliana eroga oltre 200.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 5.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018) e l'Anatomia Patologica referta oltre 90.000 esami/anno.

Nel territorio isontino l'attività specialistica ambulatoriale viene erogata negli ambulatori ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e nei poliambulatori distrettuali di Cormons, Gradisca d'Isonzo, Gorizia, Monfalcone e Grado, organizzati per discipline. Negli ambulatori dell'area isontina vengono erogate oltre 145.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 58% sono prime visite). Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area isontina eroga oltre 100.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi quasi 1.000.000 di esami/anno.

L'Azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 2 case di cura convenzionate. I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.091 unità, quelli convenzionati sono pari a 293 unità.

### **Stato dell'arte**

L'azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 2 case di cura convenzionate.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.091 unità (HSP12 con aperture e chiusure durante il corso dell'anno), quelli convenzionati sono pari a 321 unità (HSP13 accreditati e non).

### **Case di Cura Convenzionate:**

- SANATORIO TRIESTINO
- POLICLINICO TRIESTINO

### **ASSISTENZA TERRITORIALE**

ASUGI è articolata in sei **Distretti**, quattro per l'ex ASUITS e due per l'ex AAS 2. Tutti i cittadini, in base alla residenza, hanno un Distretto di riferimento. La previsione a completamento dell'Atto Aziendale è di organizzare l'area territoriale in 4 distretti, 2 per la ex provincia di Trieste e 2 per la ex provincia di Gorizia.

In ognuno dei quattro Distretti afferenti all'ex ASUITS è attiva almeno una Microarea (unità territoriale dai 1.000 ai 1.500 residenti dove si sperimenta medicina proattiva: nate nel 2005 all'interno di un progetto, promosso dall'Azienda territoriale assieme al Comune e all'ATER di Trieste, che si sviluppa sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e di alcuni programmi europei. Il progetto coinvolge altri enti pubblici e privati per intervenire nei settori determinanti per la salute: sanità, educazione, habitat, lavoro e la democrazia locale. Le risposte ai vari bisogni possono coinvolgere le diverse unità operative dell'Azienda, i MMG e PLS, gli specialisti e il servizio sociale del Comune di Trieste).



L'offerta dei servizi nelle strutture distrettuali è finalizzata a garantire ai cittadini:

- assistenza sanitaria di base;
- autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari;
- assistenza protesica;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;
- continuità terapeutica ed assistenziale Ospedale – Territorio;
- assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio assistenziali;
- assistenza sanitaria e sociosanitaria rispetto a specifici bisogni della persona o della famiglia;
- attività amministrative dirette all'utenza.

I Servizi distrettuali lavorano in stretta integrazione con i Dipartimenti ad Attività integrata dei Presidi di Cattinara/Maggiore e di Gorizia/Monfalcone, con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, con i pediatri, le scuole, i servizi sociali dei Comuni, il Tribunale dei minori.

Le **cure ambulatoriali e domiciliari** vengono garantite in stretta integrazione con i servizi sanitari e sociali, per realizzare valutazioni e interventi che coinvolgono diversi professionisti, di diverse discipline.

I principali servizi offerti coprono:

- il coordinamento delle attività svolte dai medici di assistenza sanitaria di base;
- la definizione di percorsi diagnostici-terapeutici condivisi tra medici di medicina generale e specialisti;
- attività sanitarie specialistiche ambulatoriali;
- la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e medicina generale;
- la possibilità, sulle 24 ore, di ricevere cure mediche ed infermieristiche (nel territorio isontino le cure infermieristiche vengono garantite sulle 12 ore);
- autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari.

Presso ogni Distretto è attiva l'**Assistenza domiciliare** (a casa e presso le case di riposo), per evitare l'istituzionalizzazione delle persone fragili, per consentire loro di rimanere in sicurezza nel normale contesto di vita, senza perdere o limitare le proprie abitudini e relazioni sociali. L'Assistenza Domiciliare viene attuata anche attraverso il Servizio infermieristico domiciliare. Per specifiche condizioni, l'ex ASUITS ha disponibilità di servizi specifici di Medicina specialistica domiciliare, per le prestazioni di Chirurgia, Chirurgia vascolare, Dermatologia, Ginecologia ed Ecografia ostetrico-ginecologica, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia e Urologia alle quali si accede attraverso le richieste del medico di Medicina generale. Le prestazioni sono fornite dalla struttura Cure ambulatoriali e domiciliari di ciascun Distretto. L'ex AAS2 ha disponibilità di servizi specifici di Medicina specialistica domiciliare, per le prestazioni di Cardiologia, Fisiatria, Dermatologia, Otorinolaringoiatria (solo nel Distretto Alto Isontino), Pneumologia, Cure Palliative e terapia del dolore alle quali si accede attraverso le richieste del medico di Medicina generale. Le prestazioni sono fornite da ciascun Distretto. Le Cure ambulatoriali e domiciliari, infine, prevedono le autorizzazioni e la distribuzione di farmaci e altri presidi ai cittadini che ne fanno richiesta.

Le principali forme di assistenza distrettuale attive sul territorio giuliano riguardano:

- Servizio infermieristico domiciliare (SID)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)
- Pronto intervento domiciliare
- Centro diurno convenzionato

mentre quelle attive sul territorio isontino riguardano:

- Servizio infermieristico domiciliare (SID)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Infermiere di comunità: sono attivi n. 7 ambulatori comunali nel DAI e n. 10 ambulatori nel DBI.

L'assistenza agli anziani nel territorio giuliano viene offerta attraverso l'accoglimento dell'anziano presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). In totale si dispone di 224 posti letto dedicati, in parte gestiti direttamente, in parte convenzionati con strutture accreditate. Esse sono dedicate alle persone che hanno bisogno di riabilitazione estensiva, di recupero psicofisico che non possono essere trattate a domicilio o anche con funzione sollievo. Ogni Distretto gestisce i posti letto della propria RSA di riferimento, attraverso la struttura Anziani e residenze.

L'assistenza agli anziani nel territorio isontino viene offerta attraverso l'accoglimento dell'anziano presso le 3 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a gestione diretta, ubicate a Cormons, Gorizia e Monfalcone e presso l'RSA dell'Ospizio Marino di Grado, in regime di convenzione.

Descrizione struttura RSA	Tipologia gestione	PL
R.S.A. IGEA - TRIESTE	ESTERNALIZZATA	84
R.S.A. SAN GIUSTO - TRIESTE	AZIENDALE	27
R.S.A. CASA VERDE - TRIESTE	ESTERNALIZZATA	38
R.S.A. MADEMAR - TRIESTE	ESTERNALIZZATA	75
<b>AREA GIULIANA</b>		<b>224</b>
R.S.A. -S.POLO MONFALCONE	AZIENDALE	47
R.S.A. OSPIZIO MARINO - GRADO	ESTERNALIZZATA	20
R.S.A. - GORIZIA	AZIENDALE	26
R.S.A. - CORMONS	AZIENDALE	35
<b>AREA ISONTINA</b>		<b>128</b>
Totale Posti letto RSA - ASUGI		<b>352</b>
AZIENDALE		135
ESTERNALIZZATA		217

In totale si dispone di 128 posti letto dedicati, in parte gestiti direttamente nelle RSA aziendali (108), in parte convenzionati (20). Esse sono dedicate alle persone che hanno bisogno di riabilitazione estensiva, di recupero psicofisico che non possono essere trattate a domicilio o anche con funzione sollievo.

È inoltre attivo un Servizio di Hospice con 5 posti letto nella sede distrettuale di Monfalcone e la struttura del Nucleo Gravi Celebrosioni Acquisite (9 posti letto), sita nell'Ospedale di Gorizia, che garantisce la presa in carico dei malati in stato vegetativo con un team multiprofessionale specializzato (medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi).

In entrambi i territori, come servizio alla persona anziana è disponibile una variegata offerta di Residenze socioassistenziali (case di riposo), classificate in:

- Casa albergo (struttura dedicata a persone autosufficienti)
- Residenza polifunzionale (anziani con problemi di non autosufficienza che non necessitano di cure medico-infermieristiche continuative, eventualmente fornite dalle strutture distrettuali)
- Residenza polifunzionale di fascia A (persone non autosufficienti che necessitano di prestazioni di assistenza infermieristica)
- Residenza protetta (persone con elevati livelli di non autosufficienza e con necessità di assistenza sanitaria continuativa)

L'Assistenza riabilitativa viene garantita a tutti i ricoverati che ne hanno bisogno come attività riabilitative e logopediche in fase acuta e sub-acuta nei reparti di degenza per acuti, come attività riabilitativa intensiva presso il reparto di riabilitazione del Presidio del Maggiore e del Presidio di Gorizia e Monfalcone e attraverso un Servizio di Riabilitazione distrettuale. Quest'ultimo garantisce interventi multidisciplinari, valutativi, diagnostici, terapeutici e preventivi (nei due distretti isontini il Servizio di riabilitazione distrettuale garantisce sia prestazioni a livello ambulatoriale che nelle RSA a gestione diretta, nel Nucleo GCA e a domicilio del paziente).

La Salute mentale nell'area giuliana è garantita attraverso il Dipartimento per la tutela della Salute Mentale (DSM) Presso il DSM vengono organizzati gli interventi rivolti alla tutela e alla promozione della salute mentale dei cittadini e della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria. Il Dipartimento è inoltre Collaborative Center WHO. Il DSM è organizzato in:

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con posti letto presso il Presidio del Maggiore
- Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)
- Clinica Psichiatrica, sede universitaria per le attività di tirocinio per gli studenti di medicina e di tirocinio professionalizzante per i medici specializzandi in psichiatria.

Nell'area isontina vi è la presenza di CSM (Alto Isontino e Basso Isontino).

Il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) offre assistenza alle persone che vivono un problema legato al consumo o alla dipendenza da sostanze legali (come alcol e fumo di tabacco), illegali (come cannabis, eroina, cocaina, LSD, ecstasy, ketamina), da gioco d'azzardo e da tecnologie (come internet, videogiochi, social network).

### **Stato dell'arte**

Nell'anno 2022 l'azienda ha operato mediante 91 presidi a gestione diretta e 97 strutture convenzionate.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 2, per complessivi 53 posti letto residenziali e 6 posti letto semiresidenziali. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle:

**Strutture a gestione diretta 2022**

ANNO 2022 Tipo struttura / Tipo rapporto con il S.S.N	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19	ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	VACCINAZIONI ANTI COVID-19	PRESCRIZIONE FARMACI NOTA AIFA 99	Totale complessivo
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				1		6	8	6	9		1	11		42
AMBULATORIO E LABORATORIO								12		3			9	24
STRUTTURA RESIDENZIALE	3	1	1		3	1	7							16
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE		1					7						1	9
Totale complessivo	3	2	1	1	3	7	22	18	9	3	1	11	10	91

**Strutture Convenzionate 2022**

ANNO 2022 Tipo struttura / Tipo rapporto con il S.S.N	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19	ASSISTENZA PSICHIATRICA	ASSISTENZA IDROTERMAL	ATTIVITA' CLINICA	DIAGNOSTICA STRUMENTALE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	PRESCRIZIONE FARMACI NOTA AIFA 00	ASSISENZA NPIA	Totale complessivo
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE							2	1	2					5
AMBULATORIO E LABORATORIO								7	1	2	3	1		14
STRUTTURA RESIDENZIALE	39	7	4	1	2	3								56
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	6	2	10			3							1	22
Totale complessivo	45	9	14	1	2	6	2	8	3	2	3	1	1	97

Relativamente alla Medicina Generale, ASUGI, nel 2022, ha operato mediante 218 medici di medicina generale (MMG) e 31 pediatri di libera scelta (PLS).

**ASSISTENZA SANITARIA DI BASE 2022 -DATO AL 31 DICEMBRE 2022**

AZIENDA	MEDICO	N. MEDICI	TOTALE ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	
			MMG+PLS	TOT. ASSISTITI
ASUGI	MMG	218	249	369.759
ASUGI	PLS	31		

**COPERTURA DELL'ASSISTENZA - DATO AL 31 DICEMBRE 2022**

AZIENDA	ASSISTENZA SANITARIA DI BASE				POPOLAZIONE PEDIATRICA			
	ASSISTITI	RESIDENTI AL 31.12.2021	DIFFERENZA	DIFF%	ASSISTITI 0- 13 TOT	RESIDENTI AL 31.12.2020	DIFFERENZA	DIFF %
ASUGI	331.878	357.586	-25.708	-7,2	37.881	36.213	1.668	-4,41

**PREVENZIONE****Stato dell'arte**

A seguito dell'adozione dell'atto aziendale da luglio 2022 il Dipartimento di Prevenzione (DIP) è così organizzato:

- SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale
- SC Accertamenti clinici di medicina legale
- SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- SC Igiene e Sanità Pubblica
- SC Sanità Pubblica Veterinaria
- SC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
- SSD Sicurezza impiantistica

Lo staff di Direzione ha il compito di applicare le normative che regolano l'attività istituzionale del Dipartimento di Prevenzione e garantire il supporto di consulenza giuridica alle Strutture del Dipartimento

Garantisce l'omogeneità delle procedure amministrative all'interno del dipartimento, esegue la rendicontazione ed il monitoraggio delle risorse economiche provenienti da finanziamenti speciali previsti da normative europee, nazionali e regionali, partecipa alla pianificazione ed attuazione degli obiettivi delle strutture coordina le attività economico/contabili all'interno del Dipartimento e svolge attività di consulenza interna per l'applicazione della Legge 241/90 ss.mm.ii e di tutte le normative concernenti le attività dipartimentali.

Gestisce i procedimenti riguardanti l'applicazione di sanzioni amministrative in collaborazione con le altre strutture dipartimentali, a seguito degli accertamenti effettuati dagli organi addetti alla vigilanza igienico-sanitaria. Gestisce gli adempimenti per il conseguimento/rinnovo delle patenti di abilitazione all'impiego dei gas tossici;

Partecipa ai Sistemi di sorveglianza nazionali PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), PASSI d'Argento, OKKIO alla salute, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), GYTS (Global Youth Tobacco Surveye) e si occupa di programmi di promozione della salute.

### **SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale**

La Struttura Complessa Igiene degli Alimenti di Origine Animale svolge attività di controllo sulla corretta applicazione delle normative comunitarie e nazionali in materia di sicurezza degli alimenti di origine animale nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto e vendita.

### **SC Accertamenti clinici di medicina legale**

La SC Accertamenti clinici di medicina legale provvede ad effettuare accertamenti sanitari di carattere medico-legale su richiesta di privati o di enti pubblici, in base a disposizioni di legge, e a rilasciare i corrispondenti certificati o verbali.

### **SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Svolge attività di prevenzione, controllo e monitoraggio della adeguatezza delle imprese del settore alimentare e dei prodotti alimentari (esclusi quelli di competenza veterinaria), sorveglianza e indaga su casi presunti o accertati di tossinfezioni alimentari, sorveglianza e controlla le acque destinate al consumo umano e il commercio/utilizzo dei prodotti fitosanitari, previene le intossicazioni da funghi attraverso l'Ispettorato Micologico.

La Struttura favorisce la salute della popolazione attraverso azioni di promozione, prevenzione e controllo di una alimentazione sana, sicura e sostenibile, gestendo gli aspetti igienici e nutrizionali degli alimenti e delle bevande e integrandosi con le altre Strutture sanitarie aziendali e extra-aziendali, con Enti e Pubbliche Amministrazioni, con il mondo della scuola, con le imprese ed associazioni di categoria del settore alimentare e non.

Effettua interventi di sorveglianza e promozione nutrizionale, rilevamenti dello stato nutrizionale per gruppi di popolazione, consulenza sui capitolati di ristorazione collettiva e verifica della qualità nutrizionale dei pasti, predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche, proposte formative e di aggiornamento.

### **SC Igiene e Sanità Pubblica**

La Struttura garantisce, nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti aperti e confinati, la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusa la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, anche in collaborazione con altre strutture aziendali.

Funzioni della Struttura:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

- istruzione delle pratiche di competenza in funzione delle procedure di rilevanza penale ed amministrativa, anche attivate da altre Istituzioni, collaborazione all'istruzione delle stesse, per quanto di competenza, con la Direzione dipartimentale;
- partecipazione alla rete di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi i programmi organizzati di screening;
- collaborazione con le altre Strutture aziendali e le Aziende Sanitarie della regione, con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, gli Enti, le Istituzioni ed i portatori di interesse presenti sul territorio per le attività di promozione della salute e prevenzione;

### **SC Sanità Pubblica Veterinaria**

La SC Sanità Pubblica Veterinaria garantisce la salute ed il benessere degli animali a tutela degli animali stessi e dei cittadini e consumatori nonché protegge l'ambiente dai rischi legati all'attività zootecnica e si rivolge a proprietari e/o detentori di animali, veterinari libero professionisti, aziende di autotrasporto animali, amministrazioni locali, associazioni di categoria e cittadini in genere.

Inoltre tutela la salute del consumatore mediante azioni di ispezione e controllo igienico-sanitario dei prodotti di origine animale in tutte le fasi della produzione, commercializzazione, trasporto e vendita (notifiche di inizio o variazione di attività commerciali, registrazione delle imprese, rilascio pareri igienico sanitari, certificazioni, autorizzazioni, etc.) e mediante l'effettuazione di indagini e sopralluoghi atti a determinare le cause di malattie alimentari o ad identificare prodotti di origine animale oggetto di notifica di allerta sanitaria da parte della Regione FVG, rivolgendosi ad attività commerciali, amministrazioni locali, organi di stato, associazioni di categoria e cittadini in genere.

### **SC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro**

La Struttura Complessa Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro è la struttura del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda Sanitaria cui sono attribuite le funzioni di vigilanza e prevenzione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro. La Struttura è multidisciplinare: vi operano infatti professionisti con competenze sia nell'ambito sanitario che tecnico (medici, assistenti sanitari, ingegneri, tecnici della prevenzione).

Opera attraverso interventi negli ambienti di lavoro, finalizzati alla verifica del rispetto della normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori, oltre che con attività di assistenza ed informazione ad aziende, lavoratori e loro rappresentanti, ed effettua iniziative di promozione della cultura della sicurezza, in forma coordinata ed integrata con le parti sociali e le istituzionali presenti sul territorio.

Funzioni della Struttura:

Svolge attività di controllo e verifica, attività sanitarie, attività di igiene industriale e di laboratorio, attività amministrative/autorizzative ed attività di informazione, formazione ed assistenza negli ambiti di competenza.

L'assistenza in particolare riguarda lavoratoti ed ex lavoratori, cui vengono fornite informazioni e supporto per la tutela dei propri diritti anche in funzione della loro progressa attività (ad esempio in caso di esposizione ad amianto).

La struttura, in collaborazione con la Magistratura e gli altri organi di polizia giudiziaria, svolge attività di indagine in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore al fine di intervenire immediatamente nel caso accadano infortuni sul lavoro, per verificare le modalità di accadimento degli stessi e prevenire ulteriori effetti di eventuali situazioni di rischio.

In collaborazione con la Magistratura e gli altri organi di polizia giudiziaria vengono svolti accertamenti mirati ad individuare i soggetti responsabili dell'accadimento di infortuni sul lavoro o del determinarsi di malattie professionali.

La Struttura svolge un'intensa attività di prevenzione e vigilanza sugli impianti ad alto rischio nell'ambito soprattutto del comparto metallurgico e portuale, particolarmente sviluppati nella provincia di Trieste.

Relativamente alle principali linee di attività, una menzione particolare merita quella relativa al "rischio amianto", che va dall'esame della documentazione e dei piani di lavoro mirati all'attività di rimozione del minerale, all'effettuazione di sopralluoghi al fine di verificare le condizioni dei cantieri prima, durante ed alla fine dei lavori di bonifica (per la cosiddetta "restituibilità all'uso" degli ambienti oggetti di intervento). In tale contesto, anche in collaborazione con l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, vengono effettuati anche eventuali campionamenti mirati alla verifica della presenza di amianto nei materiali ed alla presenza di fibre areodisperse. Tale attività, svolta nell'ambito della Struttura Semplice Igiene Tecnica del Lavoro, comprende anche il controllo sul corretto smaltimento dei rifiuti presso le discariche autorizzate.

### **SSD Sicurezza impiantistica**

Struttura tecnica preposta alle verifiche periodiche per la seguente tipologia di impianti:

- Apparecchi di sollevamento,
- Ascensori e montacarichi e piattaforme elevatrici per disabili
- Insiemi, attrezzature ed apparecchi a pressione
- Impianti di riscaldamento (generatori di calore)
- Impianti di messa a terra, impianti di protezione dalle scariche atmosferiche e impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione (con riferimento a D.P.R. 462/01 e s.m.i.)



**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASUFC)**

Di seguito si rappresenta la situazione dei posti letto per presidio ospedaliero, per sede e per disciplina al 31.12.2022.

	PL al 31.12.2022		
	ORD	DH	TOT
<b>IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE</b>	<b>92</b>	<b>4</b>	<b>96</b>
02 DAY HOSPITAL		4	4
28 UNITA' SPINALE	20		20
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	46		46
75 NEURO-RIABILITAZIONE	26		26
	<b>ORD</b>	<b>DH</b>	<b>TOT</b>
<b>P.O. LATISANA E PALMANOVA</b>	<b>224</b>	<b>25</b>	<b>249</b>
<b>P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE LATISANA</b>	<b>116</b>	<b>9</b>	<b>125</b>
09 CHIRURGIA GENERALE	15	1	16
26 MEDICINA GENERALE	45	3	48
36 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	1	16
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	2	20
38 OTORINOLARINGOIATRIA	7	1	8
39 PEDIATRIA	5	1	6
49 TERAPIA INTENSIVA	4		4
51 ASTANTERIA	2		2
60 LUNGODEGENTI	5		5
<b>P.O. LATISANA E PALMANOVA - SEDE PALMANOVA</b>	<b>108</b>	<b>16</b>	<b>124</b>
09 CHIRURGIA GENERALE	1	3	4
12 CHIRURGIA PLASTICA	8	2	10
26 MEDICINA GENERALE	62	3	65
34 OCULISTICA		1	1
36 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	3	16
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA		2	2
38 OTORINOLARINGOIATRIA		1	1
39 PEDIATRIA		1	1
49 TERAPIA INTENSIVA	3		3
51 ASTANTERIA	5		5
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	16		16
	<b>ORD</b>	<b>DH</b>	<b>TOT</b>
<b>P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO</b>	<b>313</b>	<b>20</b>	<b>333</b>
<b>P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE SAN DANIELE</b>	<b>130</b>	<b>10</b>	<b>140</b>
09 CHIRURGIA GENERALE	13	1	14
26 MEDICINA GENERALE	69	3	72
36 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	1	17
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	2	22
39 PEDIATRIA	5	1	6
51 ASTANTERIA	1		1
64 ONCOLOGIA		2	2
49 TERAPIA INTENSIVA	6		6
<b>P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SEDE TOLMEZZO</b>	<b>183</b>	<b>10</b>	<b>193</b>
09 CHIRURGIA GENERALE	22	1	23
26 MEDICINA GENERALE	86	3	89
36 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	29	1	30
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	2	20
38 OTORINOLARINGOIATRIA	8	1	9
39 PEDIATRIA	4	1	5
43 UROLOGIA	6		6
49 TERAPIA INTENSIVA	8		8
96 TERAPIA DEL DOLORE	2	1	3

	ORD	DH	TOT
<b>P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD</b>	<b>905</b>	<b>110</b>	<b>1015</b>
07 CARDIOCHIRURGIA	28	1	29
08 CARDIOLOGIA	29	1	30
09 CHIRURGIA GENERALE	79	7	86
10 CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	8	1	9
12 CHIRURGIA PLASTICA	13	2	15
13 CHIRURGIA TORACICA	6	1	7
14 CHIRURGIA VASCOLARE	18	2	20
18 EMATOLOGIA	28	18	46
19 MALATTIE ENDOCRINE		2	2
24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	27	4	31
26 MEDICINA GENERALE	212	11	223
29 NEFROLOGIA	19	2	21
30 NEUROCHIRURGIA	44	2	46
32 NEUROLOGIA	37	4	41
34 OCULISTICA	6	2	8
	<b>ORD</b>	<b>DH</b>	<b>TOT</b>
<b>P.O. S. MARIA DELLA MISERICORDIA UD</b>	<b>905</b>	<b>110</b>	<b>1015</b>
35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA		2	2
36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	55	4	59
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	46	3	49
38 OTORINOLARINGOIATRIA	17	1	18
39 PEDIATRIA	15	5	20
40 PSICHIATRIA	15		15
43 UROLOGIA	16	1	17
49 TERAPIA INTENSIVA	38		38
50 UNITA' CORONARICA	8		8
51 ASTANTERIA	26		26
52 DERMATOLOGIA		2	2
58 GASTROENTEROLOGIA	6	2	8
60 LUNGODEGENTI	21		21
62 NEONATOLOGIA	20	1	21
64 ONCOLOGIA	20	20	40
68 PNEUMOLOGIA	20	2	22
71 REUMATOLOGIA	5	3	8
73 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	10		10
74 RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	4	3	7
75 NEURO-RIABILITAZIONE	4		4
94 TERAPIA SEMINTENSIVA	4		4
96 TERAPIA DEL DOLORE	1	1	2

La tabella che segue evidenzia i dati complessivi per presidio e sede ospedaliera.

	PL al 31.12.2022			
	ORD	di cui Covid	DH	TOT
Ospedale Palmanova	108	5	16	<b>124</b>
Ospedale Latisana	116	10	9	<b>125</b>
<b>Totale Presidio Latisana Palmanova</b>	<b>224</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>249</b>
Ospedale San Daniele	130	13	10	<b>140</b>
Ospedale Tolmezzo	183	12	10	<b>193</b>
<b>Totale Presidio San Daniele Tolmezzo</b>	<b>313</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>333</b>
<b>Totale Presidio SMM Udine</b>	<b>905</b>	<b>88</b>	<b>110</b>	<b>1015</b>
<b>Totale IMFR</b>	<b>92</b>		<b>4</b>	<b>96</b>
<b>Totale ASUFC</b>	<b>1.534</b>	<b>128</b>	<b>159</b>	<b>1.693</b>

Il Policlinico "Città di Udine", con sede a Udine, è accreditato per complessivi 72 posti letto ordinari e 12 di Day Hospital. Le specialità presenti sono: Medicina generale, Chirurgia generale, ORL, Ortopedia, Ginecologia, Oculistica, Urologia.

Il Policlinico eroga anche prestazioni specialistiche ambulatoriali.

### Assistenza territoriale

L'Azienda opera mediante strutture a gestione diretta e convenzionate.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle e i dati risultano coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS.11 (Anno 2022).

#### Strutture a gestione diretta:

TIPO STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA*	ASSISTENZA AGLI	ASSISTENZA AI DISABILI	ASSISTENZA AI MALATI	ASSISTENZA AIDS	ASSISTENZA NP/A	ASSISTENZA PAZIENTI COVID-19	ASSISTENZA PER	ASSISTENZA	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO	ATTIVITA' DI	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER	PRESCRIZIONE FARMACI	VACCINAZIONI ANTI COVID-19	Totale strutture*
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE				1			9	11	5	13	1			10	47
AMBULATORIO E LABORATORIO					4				24		5	11	9		33
STRUTTURA RESIDENZIALE	1	8	3			2	1	33							47
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					3		1	30							34
<b>Totale complessivo</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>74</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>161</b>

\* Nota: una stessa Struttura può avere diversi "tipi di assistenza erogata", pertanto il totale di riga in tabella non è il risultato della somma dei valori indicati ma è il numero esatto delle Strutture esistenti

#### Strutture a gestione non diretta:

TIPO STRUTTURE A GESTIONE NON DIRETTA*	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	ASSISTENZA IDROTERMALE	ASSISTENZA NP/A	ATTIVITA' CLINICA	ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	ATTIVITA' DI LABORATORIO	DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	PRESCRIZIONE FARMACI	Totale strutture*
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE			1			3				4
AMBULATORIO E LABORATORIO				1	16		2	10	1	20
STRUTTURA RESIDENZIALE	37	2								39
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	7			1						8
<b>Totale complessivo</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>71</b>

\* Nota: una stessa Struttura può avere diversi "tipi di assistenza erogata", pertanto il totale di riga in tabella non è il risultato della somma dei valori indicati ma è il numero esatto delle Strutture esistenti

Sono inoltre presenti 4 Istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78, per complessivi 34 posti letto residenziali e 194 posti letto semiresidenziali, come risulta dai modelli RIA.11.

Struttura	Posti letto al 31.12.2022	
	Posti residenziali	Posti semiresidenziali
Comunità Piergiorgio	18	19
Istituto S. Maria dei Colli Tarcento	8	60
Associazione "La Nostra Famiglia"	0	110
Comunità di Rinascita	8	5
<b>TOTALE</b>	<b>34</b>	<b>194</b>

Relativamente alla **medicina generale**, l'Azienda opera per il tramite di 338 medici di medicina generale e 49 pediatri.

## AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE (ASFO)

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'AsFO opera mediante 2 presidi a gestione diretta:

- Presidio ospedaliero "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone
- Presidio ospedaliero "San Vito al Tagliamento – Spilimbergo"

e una struttura privata accreditata - Casa di Cura S. Giorgio.

I posti letto direttamente gestiti sono stati mediamente 701, quelli convenzionati sono pari a 167 (fonte dati modello HSP 12 e HSP 13 al 1.1.2021 e al 1.1.2022).

POSTI LETTO AL 1.1.2021	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	di cui Pagamento	TOTALE
Ospedale di Pordenone	36	0	440	19	476
Ospedale di San Vito / Spilimbergo	18	0	207	12	225
Totale Presidi a gestione diretta	54	0	647	31	701
Casa di Cura S. Giorgio	41	0	126	0	167
Totale Casa di cura convenzionata	41	0	126	0	167

### ASSISTENZA TERRITORIALE

L'azienda opera mediante: 60 presidi a gestione diretta e 47 strutture convenzionate.

Strutture private accreditate	Decreti accreditamento	Decreti di rinnovo
La Nostra Famiglia	88 del 04/02/2016	Decreto n. 2594/GRFVG del 19/05/2022
Centro Medico Esperia	982 del 19/11/2015	Decreto n. 9158/GRFVG del 08/03/2023
Diagnostica 53	524 del 16/07/2015	Decreto n. 3444/SPS del 16/12/2021
Cc "San Giorgio"	1049 del 27/11/2015	Decreto n. 2923/GRFVG del 25/05/2022 e successiva integrazione con decreto n. 23226/GRFVG del 17/11/2022
Sanisystem	1131 del 4/12/2015	Decreto n. 20734/GRFVG del 08/11/2022
Busetto & Pontel per la riabilitazione	651 del 30/4/2018 - 759 del 23/05/2018	Decreto n. 1613/GRFVG del 28/04/2022

Obiettivo Salute s.r.l.	731 del 22/4/2020	Decreto n. 731/SPS del 22/04/2020
Maniago Nuoto s.s.d. s.r.l.	602 del 5/4/2019	Decreto n. 2013/GRFVG del 09/05/2022
Hospice "Via di Natale"	1016 del 27/7/2017 - 1282 del 28/9/2017	Decreto GRFVG n. 6217 del 11.07.2022

<i>Strutture convenzionate</i>	<i>Autorizzazioni</i>
Case di Riposo (n. 17)	Autorizzate ai sensi del D.P.Reg. n. 144 del 13/7/2015
Centri Diurni per Anziani (n. 13)	Autorizzati ai sensi del D.P.Reg. n. 144 del 13/7/2015
Consultorio A.I.E.D	Autorizzazione AAS 5 n. 20215 del 19/3/2015
Consultorio Noncello	Autorizzazione ASS 6 n. 372 del 7/1/2004
Struttura residenziale "Ricchieri" - Itaca	DPGR 83/Pres del 14/2/1990
Struttura residenziale "La Selina" - Itaca	DPGR 83/Pres del 14/2/1990
ANFFAS	DPGR 83/Pres del 14/2/1990 - Autor. Comune PN prot. 31221/P del 12/5/2009
ANFFAS minori con disabilità gravissima	D.G.R. 1462 del 28/7/2016 - Autor. eserc. ai sensi Decr. Regione n. 1495/SPS del 24/11/2016

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 6, per complessivi 14 posti letto residenziali e 189 posti letto semiresidenziali.

<i>Struttura</i>	<i>Posti letto residenziali</i>	<i>Posti letto semiresidenziali</i>
Progetto Spilimbergo	14	9
Ns. Famiglia San Vito al Tagliamento	0	180
Busetto & Pontel	0	0
Friuli Riabilitazione	0	0
Bambini e Autismo	0	0
UILDM Pordenone ONLUS	0	0
<b>TOTALE Posti Letto</b>	<b>14</b>	<b>189</b>

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

<i>Tipo struttura a gestione diretta</i>	1 - ATTIVITA' CLINICA	2 - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	4 - ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	5 - ASSISTENZA PSICHIATRICA	6 - ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	10 - ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	12 - ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	13 VACCINAZIONI ANTI COVID-19	<i>Totale al 31.12.2022</i>
AMBULATORIO E LABORATORIO	12	2							14
STRUTTURA RESIDENZIALE				10		6	1		17
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE				1					1
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE			7	11	7			3	28
<b>Totale al 31.12.2022</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>60</b>

Per le strutture convenzionate:

<i>Tipo struttura convenzionata</i>	1 - ATTIVITA' CLINICA	2 - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	4 - ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	5 - ASSISTENZA PSICHIATRICA	9 - ASSISTENZA AGLI ANZIANI	10 - ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	11 - ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	12 - ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	13 - VACCINAZIONI ANTI COVID-19	<i>Totale al 31.12.2022</i>
AMBULATORIO E LABORATORIO	4	3								7
STRUTTURA RESIDENZIALE				2	18	2	1	1		24
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					10	2	1			13
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE			2						1	3
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>47</b>

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 182 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 273.198 unità, e 32 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 36.114 unità.

## PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in 12 sedi operative in tutta la provincia di Pordenone ed è presente con proprio personale (Igiene Pubblica, Veterinari, Igiene degli Alimenti e Nutrizione)

in ciascuna delle 5 sedi distrettuali. I servizi veterinari oltre alle sedi distrettuali dispongono di ulteriori 4 sedi.

## IRCCS BURLO GAROFOLO

### ASSISTENZA OSPEDALIERA

I posti letto al 31/12/2022 sono pari a 136, di cui 100 di ricovero ordinario, 23 di DH/DS e 13 di ricovero ordinario dedicati ai pazienti affetti da SARS COV-19.

COD. DISCIPLINA A	DISCIPLINA	REPARTO	ORDINAR I	DH - DS
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	CHIRURGIA	7	1
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4	2
34	OCULISTICA	OCULISTICA	1	1
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE DS	0	1
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	7	1
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	CLINICA GINECOLOGICA	15	3
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PATOLOGIA OSTETRICA	16	3
38	OTORINOLARINGOIATRIA	OTORINOLARINGOIATRIA	3	1
39	PEDIATRIA	CLINICA PEDIATRICA	18	6
49	TERAPIA INTENSIVA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	0
51	ASTANTERIA	PRIMO ACCOGLIMENTO	1	0
62	NEONATOLOGIA	NEONATOLOGIA	12	1
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	ONCOEMATOLOGIA	5	3
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	7	0
SUBTOTALE			100	23
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	CHIRURGIA COVID-19	1	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA GIN COVID-19	1	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA OST COVID-19	4	0
39	PEDIATRIA	CLINICA PEDIATRICA COVID-19	1	0
49	TERAPIA INTENSIVA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID-19	2	0
51	ASTANTERIA	SC PEDIATRIA D'URGENZA E PS PEDIATRICO COVID-19	1	0
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID-19	3	0
SUBTOTALE			13	0

			<b>TOTALE</b>	<b>113</b>	<b>23</b>
31	NIDO	NEONATOLOGIA - NIDO		25	

A partire dal 01/01/2023 i posti letto dell'Irccs Burlo Garofolo sono stati parzialmente adeguati a quanto previsto dalla DGR 1446/2021, così come rettificata dalla DGR 1965/2021, e sono pari a 128, di cui 95 di ricovero ordinario, 22 di DH/DS e 11 di ricovero ordinario dedicati ai pazienti affetti da SARS COV-19. Verranno ulteriormente rivisti nel corso del 2023, anche in base all'evolversi della situazione epidemiologica.

<b>COD. DISCIPLINA</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>REPARTO</b>	<b>ORDINARI</b>	<b>DH - DS</b>
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	CHIRURGIA	6	2
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6	1
34	OCULISTICA	OCULISTICA	1	1
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE DS	0	1
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	7	2
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	CLINICA GINECOLOGICA	12	3
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PATOLOGIA OSTETRICA	16	1
38	OTORINOLARINGOIATRIA	OTORINOLARINGOIATRIA	3	1
39	PEDIATRIA	CLINICA PEDIATRICA	16	6
49	TERAPIA INTENSIVA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	0
51	ASTANTERIA	PRIMO ACCOGLIMENTO	1	0
62	NEONATOLOGIA	NEONATOLOGIA	8	1
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	ONCOEMATOLOGIA	6	3
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	9	0
<b>SUBTOTALE</b>			<b>95</b>	<b>22</b>
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	CHIRURGIA COVID-19	1	0
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA OST COVID-19	4	0
39	PEDIATRIA	CLINICA PEDIATRICA COVID-19	1	0
49	TERAPIA INTENSIVA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID-19	1	0
51	ASTANTERIA	SC PEDIATRIA D'URGENZA E PS PEDIATRICO COVID-19	3	0
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE COVID-19	1	0
<b>SUBTOTALE</b>			<b>11</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>			<b>106</b>	<b>22</b>
31	NIDO	NEONATOLOGIA - NIDO		25

#### **OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**



## **COVID - 19 – PIANO PER LA RISPOSTA ALL'EMERGENZA**

Il 2021 è stato condizionato dal perdurare dell'emergenza pandemica da virus SARS-COV-2 che ha imposto modifiche organizzative finalizzate al contenimento del contagio e alla gestione della malattia e delle sue ricadute sui processi cura e ha influenzato le capacità del sistema di fare fronte alla domanda di salute.

Nel corso dell'anno 2022, le azioni ed i provvedimenti, già definiti nel 2020 e descritti dal "Piano operativo per la risposta all'emergenza Covid-19 del Burlo", sono stati oggetto di una costante revisione, con l'obiettivo di adattare l'organizzazione alle mutevoli caratteristiche che l'epidemia ha assunto.

Gli interventi strutturali avviati nel 2020 (ristrutturazione Pronto soccorso pediatrico e Pediatria d'urgenza) sono stati ultimati e perfezionati per garantire maggiore sicurezza e comfort. Ha, inoltre, preso avvio la progettazione dei nuovi spazi della Terapia Intensiva per definire un lay out della struttura adeguato all'aumento dei posti letto definito dal Piano di Potenziamento della rete ospedaliera.

L'Istituto ha continuato ad essere la struttura di riferimento per la gestione delle donne gravide Covid positive di tutta l'area giuliano isontina e rimane, altresì, la struttura regionale di riferimento per il ricovero in Terapia intensiva di pazienti Covid positivi in età pediatrica e, per disposizione regionale, anche dei bambini Covid positivi della regione che necessitano di ricovero ordinario.

## **LOGISTICA**

Dopo aver ricercato nel corso del 2020 soluzioni dirette a risolvere le criticità logistiche dell'Istituto anche attraverso un'analisi delle possibili soluzioni interne – che non sono risultate percorribili per ragioni di tempi, costi e vincoli urbanistici -, il finanziamento attribuito dalla Regione con DGR 1734 del 20 novembre 2020 ha permesso all'Istituto di acquisire - alla fine di marzo 2021 - gli spazi confinanti, pari a complessivi 3500 mq e tre edifici ed entrarne in pieno possesso nel successivo mese di luglio.

Nel corso del 2021 si è dato tempestivamente avvio ai lavori del primo dei tre edifici, nel quale sono stati trasferiti (primo trimestre 2022) parte degli uffici amministrativi, tecnici e della formazione: lo spostamento dei predetti uffici nel comprensorio limitrofo permetterà – intanto parzialmente - una collocazione più rispondente alle esigenze del nuovo profilo professionale dei ricercatori e del personale a supporto della ricerca, oltre che lo sviluppo delle aree di laboratorio, negli spazi liberati con tale trasloco.

Si è proseguito, nel corso del 2022, con la realizzazione del secondo dei tre edifici del nuovo comprensorio, ove sarà allocata l'attività ambulatoriale delle discipline di odontostomatologia, oculistica, otorinolaringoiatria/audiologia e fisiatria; in tale edificio, oltre agli ambulatori predetti; si procederà anche alla realizzazione di locali dedicati all'accoglienza ed attesa dei piccoli pazienti e dei loro genitori/accompagnatori.

Oltre all'espansione logistica delle attività attualmente erogate dal Burlo nei nuovi spazi, grazie all'attribuzione all'IRCCS della nuova funzione di cure palliative pediatriche – appar DGR 1965 del

23.12.2021 e del relativo finanziamento di 800mila € stanziato con L.R. 24/2021, art. 8, comma 29 -, nel corso del 2022 verrà completato lo studio di fattibilità del hospice pediatrico e verosimilmente avviati i relativi lavori entro la fine dell'esercizio.

## **NUOVO ASSETTO STRUTTURALE E ORGANIZZATIVO**

Con proprio decreto n. 62 dd 11/5/2022 è stato adottato il nuovo atto aziendale in attuazione di quanto disposto dall'art. 54, comma 1 della L.R. 22/2019 e successivamente al nulla osta rilasciato dalla DCS con decreto del Direttore Centrale Salute, politiche sociali e disabilità n. 1950/GRFVG dd 6/5/2022. La progressiva attuazione dell'atto aziendale è descritta nel paragrafo 2 relativo all'organizzazione.

## **RETE REGIONALE PEDIATRICA**

La realizzazione della Rete pediatrica è uno dei temi strategici nella programmazione dell'Istituto, per orientare i servizi e i percorsi di cura dedicati ai piccoli malati in un contesto di funzioni e responsabilità certe, organizzate a livello regionale. Promuove, infatti, modelli che assicurino la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinico-organizzativa.

Nel 2021 la Rete pediatrica si è strutturata in conformità al modello di riferimento per la costituzione delle reti cliniche definito da ARCS (Decreto ARCS n°170 del 11/11/2021: "L.R. 17/2014 art.39: attivazione della rete pediatrica della regione Friuli Venezia Giulia- Riconduzione rete pediatrica al modello per la gestione delle reti Cliniche ARCS").

Con documento condiviso da ARCS e Burlo, inviato alla Direzione Centrale Salute in data 23/12/2021, sono state definite le modalità di costituzione e gestione della Rete pediatrica nel contesto descritto dall'art. 4 della legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018 che attribuisce ad ARCS il coordinamento e il controllo delle reti cliniche.

Secondo quanto previsto da tale documento, il coordinamento della Rete pediatrica rimane in capo all'IRCCS Burlo Garofolo. La responsabilità complessiva del coordinamento della Rete pediatrica è assunta dal Direttore Sanitario dell'IRCSS, il quale, come componente di diritto della Cabina di regia ARCS, svolge un ruolo di sintesi, di gestione delle trasversalità e di integrazione delle attività e, come coordinatore della Rete pediatrica, definisce e concorda con la Cabina di regia il piano di attività, di norma su base annuale, nel rispetto della programmazione e delle strategie di politica sanitaria regionali.

La governance della Rete Pediatrica è realizzata nell'ambito del "Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale", la cui composizione è stata rivista e che diventerà operativo non appena risulteranno disponibili i nominativi dei componenti afferenti agli altri Enti della Regione. Il Comitato si avvale di "Gruppi multidisciplinari per patologia" e assolve al ruolo di coordinamento regionale della rete tramite un proprio "Ufficio di coordinamento".

Secondo il modello così definito, nel 2021, sono stati costituiti gruppi multidisciplinari per la

individuazione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG (Filiera onco-ematologia pediatrica) e l'identificazione di un modello Hub and Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica (Filiera emergenza-urgenza pediatrica e neonatale).

Con proprio decreto n. 77 dd 19/5/2022 è stata formalizzata la proposta per la composizione del Comitato della rete pediatrica della regione Friuli Venezia Giulia: il decreto è stato trasmesso ad ARCS con nota prot. 5598 dd 26/5/2022 per il relativo recepimento. In data 26 ottobre si è riunito il comitato nella sua nuova composizione. Uno dei primi argomenti affrontati è stato quello della rete CPP pediatriche e terapia del dolore, per la quale è necessario arrivare in tempi stretti alla identificazione del gruppo di coordinamento che ne garantisca la governance.

Nel corso del 2022 si sono svolti 3 incontri della rete oncologica pediatrica ed un corso di formazione integrato ospedale – territorio presso il nostro Istituto.

### **RETE REGIONALE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E HOSPICE PEDIATRICO**

Con decreto del Direttore dell'Area Servizi Assistenza Primaria n. 1345 del 29/7/2019 il Centro specialistico di riferimento per la terapia antalgica e le cure palliative in ambito neonatale/pediatrico/adolescenziale è stato individuato presso l'IRCCS Burlo Garofolo.

L'attività del Centro è stata avviata nel corso del 2019 e, pur nelle difficoltà del contesto, è stata potenziata nel 2020 e nel 2021.

Subordinatamente al riconoscimento di uno specifico finanziamento, saranno acquisite ulteriori professionalità al fine di costituire l'equipe multidisciplinare necessaria per garantire la funzione del Centro secondo quanto previsto dai Decreti della Direzione centrale salute n. 1771 del 27.12.2016 e n. 1345 del 29.07.2019.

La Filiera cure palliative e terapia antalgica in età pediatrica è inserita nel contesto della Rete pediatrica. In tale ambito, nel corso del 2022, dovrà essere formalizzato il Comitato di Coordinamento che avrà il compito di garantire il governo della Rete Cure palliative pediatriche e di favorirne la realizzazione secondo il modello individuato dal Decreto 1771/2016.

La Linea 3.2 "Hospice pediatrico" delle Linee per la gestione del SSR 2021, nell'ambito della progettualità "Aumentare i posti letto di cure palliative in ambito pediatrico: prosecuzione delle attività collegate allo studio di fattibilità tecnica inviato alla DCS con nota prot. n. 9186 dd 9/10/2020" ha attribuito all'Istituto l'obiettivo di integrare lo studio di fattibilità di un hospice pediatrico inviato nel 2020, sul modello dell'"home in hospital", da realizzare nell'area del comprensorio dell'ospedale pediatrico.

In data 18.11.2021 è stata inviata alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità l'integrazione dello studio di fattibilità che, facendo riferimento agli standard definiti con l'Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2021 "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38", ha descritto 3 possibili ipotesi realizzative.

Nel corso del 2022 lo studio definitivo di fattibilità è stato trasmesso alla Regione con nota prot. n. 11400/2022.

## **RETE METROPOLITANA**

Il programma trapiantologico pediatrico dell'IRCCS Burlo Garofolo è attivo sin dal 1984, garantendo l'esecuzione di più di 450 trapianti in ambito pediatrico, in una macroarea che, oltre alla Regione Friuli Venezia Giulia, comprende anche numerosi paesi dell'area balcanica.

L'IRCCS è membro attivo di GITMO, EBMT ed AIEOP e ha ottenuto l'accreditamento JACIE in data 11 marzo 2020, che si aggiunge alla certificazione CNT/CNS ottenuta ad ottobre del 2017 ed alla certificazione ISO 9001 2015 conseguita, come centro di emato-oncologia ed attività trapianti, nel corso del 2018 e rinnovata nel 2020.

È oggi auspicabile, in linea con i modelli organizzativo-gestionali legati ai percorsi di cura, che l'intero settore del trapianto di cellule staminali ematopoietiche sia organizzato, gestito e, più generalmente, pensato in termini innovativi che tengano conto non solo dei continui progressi clinici, scientifici e tecnologici, ma anche delle esigenze poste da una politica sanitaria che, mentre offre eccellenza nell'assistenza, sa anche considerare costi ed economie nella gestione della salute come bene pubblico.

Su queste generali considerazioni, sviluppate nel corso del 2021, con DGR n. 1446 dd. 24.9.2021 recante "LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli di assistenza del Servizio Sanitario Regionale" e successiva DGR n. 1965/2021, è stato previsto che il Programma Trapianti Metropolitano della Regione FVG - comprendente i Centri di Emato-Oncologia regionali coinvolti nell'attività di trapianto, autologo e allogenico di cellule staminali ematopoietiche – sia affidato al coordinamento di ASUFC.

Costituisce obiettivo dell'anno 2022 la formale istituzione di un Programma unico di trapianto FVG tra i centri di ematologia regionali coinvolti nell'attività di trapianto di CSE (ASUFC, Burlo, CRO e ASUGI).

## **SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI FASE I**

Nel 2021 ha avuto inizio il percorso di riconoscimento dell'IRCCS Burlo Garofolo come centro autorizzato alla esecuzione di sperimentazioni cliniche di Fase I. Con i decreti n. 30 dd. 16.4.2021 e n. 129 dd. 9.11.2021 è stato definito l'organigramma funzionale e nominale del Programma e dell'Unità clinica di Fase 1 dell'Istituto. A fine luglio è stata inviata la domanda di autocertificazione per candidare l'Istituto quale struttura sanitaria per sperimentazioni cliniche con farmaci di Fase I nei pazienti pediatrici, il 16 agosto AIFA ha accolto la domanda inserendo il Dipartimento di Pediatria - SC Oncoematologia dell'Istituto nell'elenco delle strutture di fase I. Decorso i 90 giorni previsti dalla determina 809/2015 – e precisamente il 27 ottobre 2022 – il centro può avviare la propria attività nell'ambito delle sperimentazioni di fase I. All'Unità di Fase I è stato attribuito il codice AIFA FI/280.

## **SCREENING NEONATALI**

Il programma di screening neonatale regionale, che è offerto a tutti i nuovi nati per la diagnosi precoce di fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, deficit di biotinidasi, sordità congenita e cataratta congenita, nonché per la diagnosi precoce di un panel di malattie metaboliche ereditarie, è coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo, che, negli anni, ne ha monitorato l'attuazione, dandone

riscontro alla DCS. Nel corso del 2022, l'Istituto ha proceduto ad una puntuale revisione dei dati raccolti negli ultimi 5 anni, eseguendo un'analisi delle principali criticità associate al percorso inizialmente identificato, fornendone idonea relazione alla DCS e ai Centri nascita.

Con DGR 1483/2022, la Regione ha affidato all'IRCCS Burlo Garofolo, che è centro di riferimento regionale di riferimento per la diagnosi e la cura della fibrosi cistica, l'esecuzione dello screening neonatale della fibrosi cistica. L'attività verrà avviata dal 2023.

## **PREVENZIONE**

### **SCREENING II LIVELLO CERVICE UTERINA**

L'IRCCS Burlo Garofolo collabora attivamente alle attività dello screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, in particolare garantendo, per l'area triestina, le prestazioni e gli approfondimenti diagnostico terapeutici di II livello.

Il 17 Novembre 2021, in occasione del primo anniversario della Strategia globale per eliminare il cancro della cervice uterina come problema di salute pubblica lanciata dall'OMS nel 2020, l'IRCCS Burlo Garofolo ha sviluppato uno spazio di informazione e prevenzione dedicato ai tumori ginecologici con la pubblicazione sul sito di materiale informativo e di una videointervista al personale dedicato alle attività di screening.

### **SISTEMI DI SORVEGLIANZA**

L'IRCCS Burlo Garofolo prosegue, per conto della Direzione Centrale Salute del Friuli Venezia Giulia, il coordinamento delle attività di sorveglianza di sovrappeso e dell'obesità in regione FVG, che hanno riguardato le seguenti popolazioni: donne in gravidanza, bambini di scuola elementare, adolescenti di scuola media e superiore.

#### **Monitoraggio dello stato nutrizionale in gravidanza**

L'eccesso di peso nella donna in gravidanza comporta conseguenze negative per la sua salute e per quella del bambino, nel breve e nel lungo termine. I dati epidemiologici disponibili non sono sufficienti a descrivere la prevalenza del fenomeno e i suoi trend temporali. Per questo motivo si è messo a punto in Friuli Venezia Giulia un sistema di sorveglianza regionale sostenibile che fornisca dati annuali di prevalenza di sovrappeso/obesità in donne in gravidanza e che permetta di metterli in relazione con variabili sociodemografiche.

Metodi: Donne in gravidanza che accedono al sistema sanitario regionale per il primo controllo ecografico e successivamente partoriscono in punti nascita della Regione. La sorveglianza prevede due momenti di rilevazione: primo controllo ecografico (11a-14a settimana di EG); termine della gravidanza (sala parto). Gli esiti di interesse sono: BMI preconcezionale, con peso autodichiarato dalla gestante; incremento ponderale in gravidanza (statura e peso misurati alla prima ecografia e a termine gravidanza). I dati raccolti alla prima ecografia sono inseriti nel "G2 clinico", il sistema in uso in FVG per registrare i dati clinici dei pazienti, quelli raccolti in sala parto nel flusso CeDAP, da cui sono desunte anche variabili sociodemografiche di interesse (area geografica di residenza, età,

scolarità, nazionalità). L'analisi statistica: descrittiva, dopo data linkage tra "G2 clinico" e CeDAP. Attualmente il sistema di monitoraggio è totalmente integrato nel flusso CeDAP.

Risultati: In FVG, nel periodo 2015-2020, il 19,7% delle donne hanno iniziato la gravidanza in sovrappeso, l'8,7% in condizione di obesità e il 5,1% in sottopeso. Il trend temporale evidenzia un costante aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità nella nostra regione, che ha superato il 30% nel 2020. Le donne con età <20 anni hanno una maggiore prevalenza di sottopeso, mentre le donne di età più avanzata di sovrappeso/obesità. La prevalenza di sovrappeso/obesità è più alta nelle donne con bassa scolarità (40,3% in quelle con scolarità medio bassa) e di cittadinanza straniera (34,9% vs 21,3% delle italiane).

### **"Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino"**

Il sistema di Sorveglianza 0-2 anni è un progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS, partito come un progetto pilota nel periodo 2013-2016 in alcune regioni e inserito nel DPCM 3 marzo 2017 che identifica i sistemi di Sorveglianza e i Registri nazionali. A partire dal 2022 il sistema è stato esteso a livello nazionale, inclusa la nostra regione.

La sorveglianza monitora alcuni aspetti relativi alla salute dei bambini tra 0 e 2 anni, in particolare si focalizza su alcuni indicatori importanti del percorso nascita (dall'assunzione dell'acido folico in epoca periconcezionale alle azioni raccomandate durante la gestazione e l'allattamento) oltre ad altri aspetti della salute del bambino piccolo, come le vaccinazioni, la posizione corretta in culla, l'esposizione agli schermi (come TV, tablet e cellulari) e l'uso del seggiolino in auto, la lettura precoce in famiglia. L'indagine prevede la somministrazione di un questionario alle mamme in occasione delle sedute vaccinali più appropriate rispetto ai comportamenti da rilevare, e quindi prima, seconda e terza dose DTP (difterite, tetano e pertosse) e prima dose di MPRV (morbillo, parotite, rosolia, varicella) corrispondenti tendenzialmente a 3, 5, 12 e 15 mesi di vita del bambino (secondo il calendario vaccinale). Tutti i professionisti coinvolti nella sorveglianza sono stati formati sia sui determinanti di salute indagati che sugli aspetti più propriamente metodologici della rilevazione.

La Sorveglianza inoltre prevede la diffusione di materiale di comunicazione (brochure e poster multilingue) nei Centri vaccinali e presso gli ambulatori dei Pediatri di libera scelta.

La rilevazione è iniziata il 31 agosto e si è conclusa il 3 novembre 2022. Sono stati complessivamente raccolti 1759 questionari (di cui 1540 validi), raggiungendo quindi la numerosità prevista per la rappresentatività regionale. I dati sono tutt'ora in fase di analisi.

### **OKkio alla Salute**

OKkio alla SALUTE è un progetto nazionale promosso nel 2007 dal Ministero della Salute insieme con il MIUR ed è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni. L'IRCCS Burlo Garofolo funge da referente regionale presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Questo sistema di sorveglianza raccoglie periodicamente informazioni su peso corporeo, statura, alimentazione, attività fisica e altri aspetti della salute su un campione rappresentativo di bambini della scuola primaria. Lo scopo principale di OKkio alla SALUTE è di comprendere la dimensione del

fenomeno dell'obesità e del sovrappeso tra i bambini, seguirne l'andamento nel tempo e valutare la presenza di alcuni fattori correlati per programmare interventi efficaci di promozione della salute.

Ad oggi a livello nazionale sono state realizzate sei raccolte dati: 2008/9, 2010, 2012, 2014, 2016 e 2019. La nostra Regione ha partecipato a tutte queste rilevazioni. La settima rilevazione è prevista per il 2023.

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio. La popolazione identificata per la rilevazione è quella delle scuole elementari, in particolare della classe terza (circa 8 anni di età). Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo", con estrazione delle classi da valutare a partire dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici. La rilevazione del peso del bambino e delle altre variabili di interesse avviene a scuola, nel periodo aprile-maggio, ad opera di operatori sanitari dei Dipartimenti di prevenzione, opportunamente addestrati. In Friuli Venezia Giulia nel 2019 hanno partecipato 69 scuole per un totale di 1233 bambini coinvolti. Nel 2022 la nostra regione, in quanto partecipante alla rete di OKkio alla Salute, è stata coinvolta nello studio nazionale OKkio Covid, per la valutazione dell'effetto della pandemia sulla popolazione della scuola primaria. Anche questi dati sono in fase di analisi.

### **Health Behaviour in School Children (HBSC)**

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è un'indagine internazionale coordinata dall'Ufficio regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa che si svolge ogni 4 anni con l'obiettivo di monitorare, descrivere e comprendere i fenomeni e i comportamenti correlati con la salute presente e futura nella popolazione preadolescente quali: abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco, uso di sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo, abitudini sessuali, infortuni. L'indagine coinvolge ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Lo studio HBSC è attivo in Italia dal 2002 e dal 2010 ha previsto una rappresentatività sia nazionale che regionale, permettendo di avere dati a livello di ciascuna regione, elemento essenziale per definire politiche di intervento. È coordinato a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità.

La nostra Regione ha partecipato alla raccolta dati negli anni 2010, 2014 e 2018. La raccolta dati relativa al 2022 si è conclusa nel mese di giugno del 2022 e i dati sono attualmente in fase di analisi.

Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo", con estrazione delle classi da valutare a partire dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici. Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario, auto-compilato dai ragazzi in forma anonima, che comprende sei sezioni riguardanti: dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare); classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori); indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere); autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé); rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico); comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcol e fumo). Nel 2022 sono state campionate 124 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 145 classi di per la scuola secondaria di II grado (Classe II), per un totale di 269 classi. con



una rispondenza complessiva del 97,8%. I dati sono tutt'ora in fase di analisi. Rispetto allo stato nutrizionale, i dati raccolti al 2018 e quelli preliminari della rilevazione 2022 mostrano che il trend nella nostra regione appare in leggero ma progressivo aumento seppur con valori al di sotto della media nazionale (vedi figure sottostanti).

### **Global Youth Tobacco Survey (GYTS)**

La Global Youth Tobacco Survey (GYTS) è un'indagine internazionale promossa dall'Ufficio regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa e condotta in collaborazione con l'Ufficio fumo e salute del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta (Cdc-Osh) (USA) con l'obiettivo di monitorare l'uso del tabacco e le abitudini legate al fumo tra i giovani. La sorveglianza è effettuata ogni 4 anni su un campione rappresentativo a livello nazionale, di studenti di età compresa tra 13 e 15 anni.

Lo studio è attivo in Italia dal 2010 con una rappresentatività nazionale, sotto il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità. A partire dal 2022 lo studio è attivo anche con rappresentatività regionale, consentendo così di avere dati a livello di ciascuna regione, elemento essenziale per definire politiche di intervento. La nostra Regione ha partecipato alla raccolta dati negli anni 2010, 2014 e 2018 con campionamento nazionale e nel 2022 ha effettuato la prima raccolta dati con rappresentatività regionale, insieme ad altre 7 regioni italiane.

Il metodo di campionamento prescelto è lo stesso dello studio HBSC, "a grappolo", con estrazione delle classi da valutare a partire dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici. Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario, auto-compilato dai ragazzi in forma anonima, che comprende: 1 sezione riguardante dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare) e classe sociale (disponibilità economica e livello di istruzione dei genitori); 10 sezioni riguardanti i prodotti del tabacco e nicotina (consumi, abitudini, atteggiamenti, esposizione al fumo passivo, cessazione, pubblicità diretta e indiretta).

Nel 2022 sono state campionate 62 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe III) e 145 classi per la scuola secondaria di II grado (Classi I e II), per un totale di 207 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno restituito i questionari compilati 116 classi con una rispondenza complessiva del 56%, per un totale di 2008 studenti coinvolti. I dati sono tutt'ora in fase di analisi.

### **RICERCA**

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Burlo Garofolo è un ospedale di eccellenza che persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettua prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Anche parte delle strutture amministrative (SSD Politiche del personale, SC Ingegneria clinica, Informatica e Approvvigionamenti, SC Gestione Economico – Finanziaria, SC Affari Generali e Legali), pur non avendo riscontro nella produzione scientifica di un IRCCS, partecipano alla gestione e rendicontazione delle attività conseguenti ai progetti di ricerca stessi.



Secondo la Programmazione Triennale degli IRCCS 2022-2024, approvata in data 23/12/2021 dal Ministero della Salute (Ministry of Health – MOH) a seguito del parere del Comitato Tecnico Scientifico istituito presso il medesimo dicastero a partire dal 1° gennaio 2022 le attività di ricerca degli IRCCS dovranno essere programmate, al fine di consentire il benchmarking internazionale, con riferimento alle “Major Diagnostic Categories” (MDC), raggruppamento in 25 categorie diagnostiche principali del sistema di classificazione “Diagnosis Related Group” (DRG), in cui ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica, anatomico o eziologico. Al fine di rendere la classificazione adottata da ogni IRCCS coerente con le proprie attività assistenziali, il MOH ha inteso affiancare alle Aree Tematiche Principali le cosiddette “Patologie Integrate”, patologie che pur rientrando in aree tematiche diverse da quella principale sono di norma gestite da specialisti, sia dell’area tematica principale, sia di un’area tematica diversa, nonché le “Patologie Correlate” patologie afferenti ad una area tematica diversa ma che risultano rilevanti per la terapia, la prevenzione e la riabilitazione di patologie che rientrano nell’area tematica principale considerando però che in tale area rientrano solo patologie che debbano essere prese necessariamente in considerazione solo per la corretta gestione del paziente affetto dalla patologia primaria. Tali indicazioni programmatiche sono state recepite da ultimo dal Decreto Legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico” (Allegato 1). La classificazione adottata dall’IRCCS Burlo è “Istituto Monotematico di Area Pediatrica”.

Nell’anno 2022, pertanto la programmazione delle attività di ricerca si è sviluppata secondo le linee

comunicate dall’IRCCS al Ministero.

- Linea 1 - Salute feto-neonatale. Dalla prevenzione alla pratica clinica.
- Linea 2: Scienze mediche e chirurgiche dell’infanzia e dell’adolescenza
- Linea 3: Innovazione e diagnostica avanzata

## IRCCS CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO (CRO)

### Assistenza Ospedaliera

La dotazione dei posti letto per il CRO è la seguente.

AREA	PL ORDINARI	PL DH	TOTALE
Area Chirurgica	44	6	50
Area Medica	50	20	70
Servizi	4	6	10
<b>TOTALE CRO</b>	<b>98</b>	<b>32</b>	<b>130</b>

I posti letto sono pari a 130 unità, di cui 98 ordinari e 32 DH:

DIPARTIMENTO	REPARTO	PL ORDINARI	PL DH	TOTALE
<b>Dipartimento di Oncologia Chirurgica</b>	SOC Anestesia Rianimazione	4		4
	SOC Chirurgia Oncologica Generale	16	1	17
	SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	14	1	15
	SOC Chirurgia Oncologica del Seno	10	3	13
	SOSD Medicina del Dolore Clinica e Sperimentale		1	1
	<b>Totale Dipartimento Oncologia Chirurgica</b>	<b>44</b>	<b>6</b>	<b>50</b>
<b>Dipartimento di Oncologia Medica</b>	SOC Oncologia Medica e dei Tumori immuno-correlati	20	7	27
	SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	19	11	30
	SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	11	2	13
	<b>Totale Dipartimento Clinico Oncologico</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>70</b>
<b>Dipartimento delle Alte Tecnologie</b>	SOC Oncologia Radioterapica	2	5	7
	SOSD Area di Oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti	2	1	3
	<b>Totale Dipartimento Clinico Alte Tecnologie</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
	<b>TOTALE CRO</b>	<b>98</b>	<b>32</b>	<b>130</b>

Con DGR n. 1446 del 24.09.2021 e 1965 del 23 dicembre 2021 sono state ridefinite le dotazioni dei posti letto degli ospedali pubblici e privati, nonché il modulo organizzativo delle funzioni stesse.

## Ricerca

### Sintesi delle attività del 2022

Il CRO ha sviluppato, come negli anni precedenti, le linee di ricerca concordate con la Regione ed il Ministero della Salute. I programmi di ricerca traslazionale e clinica sono cresciuti come dimostrato dall'aumento della produzione scientifica (vedi tabella). Particolare attenzione è stata dedicata all'ulteriore sviluppo di reti di ricerca nazionali, in particolare all'interno di Alleanza contro il Cancro con la partecipazione ai progetti ACC quali Genomics, Gersom, Big Health Data, ecc e a quelli della rete italiana ed europea (Euracan) dei tumori rari. Il CRO ha inoltre concluso la collaborazione con strutture pubbliche e private (PMI) della regione per lo sviluppo di progetti collaborativi nell'ambito dei fondi strutturali (POR FESR e 5 per mille). Sforzi essenziali per migliorare la digitalizzazione, sicurezza e incrociabilità dei dati biomedici del CRO sono stati promossi da tre progetti chiamati Task Force 1, 2, e 3. Nel corso del 2022 l'Istituto è stato coinvolto nelle attività legate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), del collegato Piano Nazionale Complementare (PNC), nel Programma Operativo Salute (POS) e nel Piano Operativo Nazionale (PON) gestiti dai Ministeri della Salute e Ministero dell'Università e Ricerca. Rilevante è stato anche lo sviluppo ulteriore di progetti di ricerca orientata al paziente, in prosecuzione del progetto Patient Education.

Le Strutture Operative del CRO sono tutte implicate nella ricerca scientifica, i essenzialmente traslazionale, ma in misura differente come indicato dalla tabella sottostante.

### Strutture del CRO in base al loro impegno nella Ricerca Corrente e Finalizzata

Strutture Operative	Coinvolgimento nella Ricerca	Numero progetti per Struttura Operativa		
		Ricerca Corrente	Ricerca Finalizzata	Totale
Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico	parziale	1	7	8
Anestesia e Rianimazione	parziale		1	1

Adolescenti e Giovani Adulti	parziale	1	1	2
Biblioteca scientifica e per i pazienti	<b>prevalente</b>		2	2
Biobanca	<b>prevalente</b>		1	1
Direzione Scientifica	<b>prevalente</b>	3	6	9
Epidemiologia Oncologica	<b>prevalente</b>	2	6	8
Farmacia	parziale		2	2
Fisica Sanitaria	parziale	1	2	3
Farmacologia Sperimentale e Clinica	<b>prevalente</b>	1	14	15
Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	parziale	1	3	4
Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	parziale	1	11	12
Medicina Nucleare	parziale		1	1
Oncologia Chirurgica	parziale		1	1
Oncologia Ginecologica	parziale	1	2	3
Chirurgia Oncologica del Seno	parziale		1	1
Oncologia A- Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	parziale	4	2	6
Oncologia P – Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	parziale	2	4	6
Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale	<b>prevalente</b>	2	9	11
Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale	<b>prevalente</b>	1	31	32
Psicologia Oncologica	parziale	1	1	2
Radiologia	parziale		1	1
Oncologia Radioterapica	parziale	2	4	6
Oncoematologia Clinico-Sperimentale	<b>prevalente</b>	1	12	13
Terapie Cellulari Alte Dosi	parziale	1	2	3
Trattamento Cellule Staminali per le Terapie Cellulari	parziale	1	3	4
<b>Totale complessivo</b>		<b>27</b>	<b>130</b>	<b>157</b>

## PRODUZIONE SCIENTIFICA - Impact factor (aggiornata al 07/03/2023)

### PRODUZIONE SCIENTIFICA: INTRODUZIONE INDICATORI SEMPLIFICATI

L'analisi del metodo di valutazione della performance legata alla produzione scientifica (inserita nel processo di Budget aziendale) ha portato dal 2019 alla volontà di articolare meglio gli obiettivi ed indicatori scientifici all'interno del CRO. Tale sistema include il numero di pubblicazioni sottoposte a peer-review, l'Impact Factor, IF, Grezzo e quello NORMALIZZATO. Continua anche un esame attento della produzione scientifica delle differenti Strutture Operative (SO) e Dipartimenti e, soprattutto, delle interazioni multidisciplinari per una maggior valorizzazione della ricerca traslazionale (IF frazionato per ruolo delle diverse Strutture che vi hanno partecipato).

	<b>Pubblicati 2021</b>	<b>Pubblicati 2022</b>
Numero	354	305
IF grezzo	2.363	2.115
IF normalizzato	1.248 Secondo le regole RC 2021	1.209 Secondo le regole RC 2022
	ARTICOLI PUBBLICATI periodo gennaio-dicembre 2021 - aggiornamento: 08/02/2022	ARTICOLI PUBBLICATI periodo gennaio-dicembre 2022 - aggiornamento: 07/03/2023

Fonte: reportistica interna – Biblioteca Scientifica

## **RICERCA CORRENTE MINISTERIALE 2022**

Nel 2022 ha avuto inizio una nuova programmazione della Ricerca Corrente che riguarderà il triennio 2022-2024. Le linee di Ricerca Corrente sono passate da cinque (periodo 2018-2021) a quattro per il triennio 2022-2024. Tutte le Linee sono state riorganizzate e arricchite e i progetti ripensati in modo che ben rappresentino la produttività scientifica prevedibile per i prossimi tre anni. I progetti della ex-Linea 5 "Tumori associati ad Agenti Infettivi" che continuano, sono stati ridistribuiti nelle Linee 1, 2 e 4, a seconda della loro tipologia.

Il finanziamento erogato dal Ministero della Salute per il 2022 è pari a € 3.697.198, con un incremento rispetto al 2021 di 150.000 euro. Anche nel corso del 2022, in analogia agli anni precedenti, l'importo assegnato per la Ricerca Corrente è stato integrato con contributi specifici per la partecipazione del CRO ad attività di rete, pari a un totale di € 158.345,00.

Linee ed i progetti Ricerca Corrente Ministero della Salute 2022 sono i seguenti:

- Linea di ricerca 1: Oncologia di precisione: basi genetico-molecolari della trasformazione/progressione neoplastica e sviluppo di nuove terapie molecolari e cellulari
- Linea di ricerca 2: Epidemiologia, prevenzione dei tumori, divulgazione e miglioramento dell'accesso a dati clinici
- Linea di Ricerca 3: Neoplasie Ematologiche, ricerca traslazionale e clinica
- Linea di Ricerca 4: Tumori solidi: dai database clinico-patologici alla medicina "4P"

## **PROGETTUALITÀ SULLA QUOTA REGIONALE DELLA RICERCA (LR 14/2006)**

Come già accennato, la ricerca corrente è l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare nel tempo le conoscenze fondamentali in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica. Detta ricerca è attuata attraverso la programmazione triennale dei progetti istituzionali degli organismi di ricerca nazionali, soggetti istituzionali pubblici e privati, la cui attività di ricerca è stata riconosciuta dallo Stato come orientata al perseguimento di fini pubblici.

Il finanziamento regionale per la ricerca è necessario per complementare il finanziamento della ricerca corrente da parte del Ministero della Salute.

L'Istituto - in ragione della sua missione di ente di ricerca sanitaria - riveste altresì un ruolo peculiare nello studio, nel trasferimento delle conoscenze e delle prassi, per i temi di ricerca di maggior impatto sul Sistema Sanitario Regionale, tra cui:

- a) Prevenzione dei tumori;
- b) Diagnostica predittiva dei tumori solidi e sviluppo di protocolli clinici;
- c) Tumori rari;
- d) Tumori a base eredo-familiare affrontati con approcci integrati diagnostico-terapeutici;
- e) Progetto pilota sulla prevenzione, diagnosi precoce e terapia integrata dei tumori dell'apparato digestivo e del collo dell'utero;

- f) Ricerca clinico-assistenziale/organizzativo gestionale nell'ambito dell'oncologia diagnostica e dei processi di cura e dei loro esiti;
- f) "Patient-oriented Research";
- g) Terapie cellulari e di immunoterapia da sole o in combinazione con terapie più tradizionali;
- h) Ricerca sul farmaco;
- i) Riorganizzazione e la digitalizzazione di banche dati cliniche e biologiche.

Il finanziamento regionale è stato, pertanto, esteso anche ai progetti attivi negli ambiti di cui sopra, ed è stato rendicontato attraverso rilevazioni e imputazioni oggettive dei fattori produttivi dedicati, così come previsto dal D.Lgs. 118/2011, e coerentemente con quanto rendicontato per ricerca corrente al Ministero della Salute.

### **RICERCA FINALIZZATA**

Per sostenere il costo dei progetti di ricerca viene promossa la presentazione di progetti nell'ambito dei bandi della ricerca finalizzata del Ministero della Salute, dell'AIRC, dei bandi regionali e di ogni altra iniziativa coerente con le finalità dell'Istituto. Inoltre verrà realizzata la campagna informativa e di pubblicizzazione annuale per il 5 per mille.

Tra le attività innovative iniziate nel corso del 2018 e proseguite nel 2022, si segnalano le Task Force Projects che coinvolgono quasi tutte le SOC dell'Istituto:

1. Design of a multi-parametric data analysis and management platform with real-time integration of healthcare-generated data streams for clinical and translational research. The SENECA Project (Search, iNtEgrate, extract and Analyze);
2. Assessment of the last 10-year activity of the Clinical trial Office to evaluate trend by cancer site, number of inclusions, and trial outcome;
3. Integration of clinic, pathologic and molecular data from multiple bio-specimen collections: a biobank re-organization for rapid material availability (The BANK-O-MAT project).
4. Breast Cancer Cure and Research (BrCaCuRe)

Finalità delle Task Force è stata la riorganizzazione e la digitalizzazione di banche dati cliniche e biologiche, sempre più necessarie per migliorare non solo la gestione clinica dei pazienti oncologici e la qualità/completezza delle informazioni di carattere pratico, ma anche a migliorare le potenzialità di ricerca al CRO e la partecipazione a grandi Consorzi internazionali, es. nell'ambito della European Scientific Commission, che sono essenziali per le nuove scoperte clinico-biologiche. In particolare, diversi aspetti del reclutamento e follow-up dei pazienti e le corrispondenti informazioni sull'inclusione dei pazienti negli studi clinici e nelle biobanche CRO devono essere rafforzati e collegati tra loro per permettere l'integrazione dei percorsi legati alla ricerca e alla cura dei pazienti. Al fine di sviluppare gli obiettivi specifici delle Task Force sono state formalizzate convenzioni con l'Università di Udine e Trieste e con la Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (SISSA), al fine di portare al CRO nuove competenze di statistica, informatica e bioinformatica.

**Finanziamenti formalmente accettati per la realizzazione di progetti di ricerca finalizzata**

Fonte finanziamento	2020	2021	2022
5x1000 annuo	*6.207.257,58	3.347.397,64	3.085.250,48
Sperimentazioni annuo	981.529,13	708.934,58	612.748,84
AIRC + altri privati	855.541,17	393.050,00	971.635,00
Ministero salute - ricerca finalizzata	1.946.184,21	440.740,63	6.571.420,53
Regione FVG	107.034,00	1.250.117,20	178.191,75
Altri soggetti pubblici (MUR, ISS)	17.950,18		1.365.157,73
Oblazioni	863.626,97	(*) 2.854.675,17	861.076,97
<b>TOTALE</b>	<b>10.979.123,24</b>	<b>8.994.915,22</b>	<b>13.645.481,30</b>

\*Nel 2020 sono state acquisite due annualità

(\*) L'importo delle oblazioni è così suddiviso: Euro 863.227,68 direttamente destinato alla ricerca e Euro 1.991.447,49 derivante da eredità e donazioni indistinte finalizzate a progettualità specifiche di interesse dell'Istituto.

**AZIENDA REGIONALE DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE (ARCS)**

Nel corso del 2022 ARCS ha svolto i principali compiti assegnati avviando le funzioni di coordinamento delle Aziende del SSR e di consulenza nei confronti della DCS. In particolare ARCS ha:

- supportato la Direzione nell'attività di programmazione laddove richiesta;
- coordinato le attività delle Aziende rispetto agli adempimenti previsti in materia di rendicontazioni infrannuali e rendicontazioni specifiche qualora richieste dalla Direzione Centrale Salute;

Di seguito vengono illustrate i principali servizi centralizzati assicurati da ARCS e le relative attività svolte nel corso del 2022.

**MAGAZZINO CENTRALIZZATO**

Nel corso del 2022 l'emergenza COVID ha condizionato solo parzialmente la gestione del Magazzino centralizzato che, soprattutto nel II semestre, ha ripreso una maggiore regolarità in termini di flussi di materiali in ingresso/uscita, come attestato dai seguenti dati. Il numero di righe in uscita è rimasto sostanzialmente stabile rispetto al 2021 (1.931.487 nel 2022 vs 1.940.185 righe nel 2021-0,45%) confermando, quindi, il dato su cui si attesta la gestione della logistica centralizzata del SSR. Rispetto al 2020, tuttavia, si è riscontrata una maggiore regolarità della domanda (fatti salvi i picchi su base stagionale e mensile legati alle festività): la deviazione standard del numero di righe in uscita mensili rispetto alla media si è ridotta da 9206 righe del 2021 a 7805 del 2022, riportandosi su livelli pre-pandemici. I flussi in ingresso su base annuale sono diminuiti (167.572 unità di carico accettate nel 2022 vs 173.749 unità di carico accettate nel 2021; -3,55%), con una sensibile riduzione di quelli provenienti dalla gestione commissariale nazionale per la fornitura di DPI (293 unità di carico nel 2022 concentrate nel I semestre vs 1934 nel 2021).

Si è mantenuto un livello consistente di stoccaggio di DPI e, più in generale, di articoli monouso voluminosi di tipo economale (es. prodotti cartari, guanti non sterili) toccando picchi di circa 2400 pallets. A questi volumi, che presentano carattere di straordinarietà rispetto al periodo pre-pandemico, si aggiungono i 500 pallets circa di merce sottoposta a sequestro disposto nell'ambito delle indagini nazionali sulle forniture della gestione commissariale. A causa di queste due circostanze, si è reso necessario il mantenimento della superficie di stoccaggio aggiuntiva rispetto a quella standard (+2562mq), mediante sottoscrizione di specifica appendice al contratto di locazione con Interporto Centro Ingrosso spa (approvata con decreto 72 del 29/4/2022). Attualmente, quindi, la superficie complessiva del Magazzino centralizzato è di 12.224mq.

In data 28/2/2022 è scaduta la prosecuzione contrattuale del contratto per il servizio di gestione in outsourcing della logistica centralizzata affidato con gara ID 14SER021 alla ditta Coopservice soc. coop. P.a. Nel corso del 2022 è stata data continuità contrattuale in attesa, dapprima, dell'aggiudicazione della nuova procedura di gara ID 19SER004 (avvenuta con det. 417 del 20/6/2022, a favore della stessa ditta Coopservice) e, successivamente, della stipula contrattuale (avvenuta il 9/2/2023, a conclusione del contenzioso insorto in merito alla richiesta di accesso agli atti di gara da parte di una delle ditte partecipanti). Il nuovo contratto stipulato con la ditta Coopservice ha avuto decorrenza il 13/2/2023.

## **INVENTARIO FISICO DEI BENI**

ARCS gestisce lo stoccaggio dei beni sanitari e non sanitari acquistati, contabilizzando le attività di magazzino su due diversi centri di imputazione: il magazzino beni, ove sono registrati i movimenti dei beni distribuiti agli enti del SSR, e il magazzino DPC, che rileva i movimenti di farmaci della Distribuzione per Conto. I beni distribuiti da ARCS agli enti del SSR sono ricevuti, custoditi e distribuiti dall'operatore logistico incaricato - COOPSERVICE Soc. Coop. p. A. - nell'ambito del contratto stipulato con l'operatore stesso a seguito di procedura di gara. I beni, oltre che presso il Magazzino Centralizzato di Pordenone, sono stoccati anche nei buffer situati presso i principali presidi ospedalieri. Le giacenze sono controllate dall'operatore logistico secondo un programma di monitoraggio definito con procedura di magazzino, che prevede verifiche quotidiane, trimestrali e annuali o su specifica richiesta di ARCS. Il controllo si svolge mediante conta fisica del materiale presente. L'esito della conta viene confrontato con la corrispondente giacenza presente nel sistema informativo; in caso di scostamenti vengono effettuate delle verifiche ulteriori, fino alla individuazione delle ragioni dello scostamento ed alla sua rettifica.

I farmaci in regime di distribuzione per conto (DPC) vengono ricevuti, custoditi e distribuiti da UNICO Spa, che svolge la funzione di distributore capofila, come previsto nel rinnovo della convenzione sottoscritto in data 29.12.2017 da Regione, Federfarma e Assofarm e nel regolamento disciplinare tecnico sottoscritto in data 06.07.2018 dai componenti del gruppo tecnico. I beni sono conservati presso il magazzino del distributore capofila, i distributori intermedi e le farmacie regionali convenzionate.

Il valore delle giacenze finali, per effetto di specifiche operazioni di razionalizzazione delle giacenze presso i buffer aziendali veicolate da ARCS, ha subito una sensibile riduzione.

	2021	2022	Variazione	Variazione %
VALORE GIACENZE	65.492.752,88 €	54.543.714,71 €	-10.949.038,17 €	-17%

A partire dalle tabelle sotto riportate che confrontano i dati degli anni 2021 e 2022 si possono notare da un lato il lavoro di razionalizzazione del numero di anagrafiche movimentate in vista dell'implementazione del nuovo sistema contabile e dall'altro il mantenimento del numero di righe distribuite.

	2021	2022	VARIAZIONE %
NR. ANAGRAFICHE A STOCK	10.105	9.890	-2,13%
NR. RIGHE DISTRIBUITE AI REPARTI	1.940.185	1.931.487	-0,45%

Ai fini della valorizzazione del fondo svalutazione si è tenuto conto degli elementi di seguito evidenziati. Il magazzino è valorizzato con il metodo del prezzo medio ponderato; l'effetto di trascinamento della riduzione dei prezzi già manifestata nel corso dell'anno precedente e i fisiologici cali di prezzo nel mercato hanno nel complesso generato un trend di riduzione dei prezzi medi ponderati nel 2022. Analizzando più nel dettaglio la riduzione di valore si rileva che il fenomeno ha interessato in modo particolare i farmaci, la cui riduzione di prezzo ha generato un effetto sui prezzi medi ponderati delle giacenze di fine di anno pari a € 892.305.

Nella tabella seguente sono evidenziati i farmaci oggetto dell'analisi svolta.

MINSAN_1 0	NOME_FARMACO	PMP 2021	PMP 2022	DIFFERENZ A PREZZO	GIACENZ A 2022	DECREMENT O VALORE	MINSAN_1 0	NOME_FARMACO	PMP 2021	PMP 2022	DIFFERENZ A PREZZO	GIACENZ A 2022	DECREMENT O VALORE
04286802 4	XTANDI*112CPR RIV 40MG	€ 18,15	€ 14,93	- 3,21 €	20.608	-66.206 €	04265802 9	TRESIBA SC 100U/ML 3ML 5PE	€ 9,15	€ 7,93	- 1,22 €	9.540	-11.654 €
04127501 3	YERVOY*EV 1FL 10ML 5MG/ML	€ 2.013,69	€ 1.423,55	- 590,14 €	101	-59.604 €	04455901 9	GENVOYA*30CPR 150+150+200+10MG	€ 24,13	€ 19,69	- 4,45 €	2.490	-11.073 €
04472904 6	TAGRISSO*28CPR RIV 80MG	€ 129,98	€ 113,51	- 16,46 €	3.024	-49.785 €	03541806 0	COPAXONE*SC 12SIR 40MG/ML	€ 10,93	€ 8,28	- 2,64 €	3.924	-10.368 €
04288101 9	ERIVEDGE*28CPS 150MG FL	€ 238,52	€ 108,55	- 129,97 €	336	-43.670 €	03467514 0	ENBREL*SC 4SIR 50MG 1ML*8TAMP	€ 174,18	€ 160,90	- 13,29 €	780	-10.364 €
04429103 3	OPDIVO*INFUS 1FL 24ML 10MG/ML	€ 1.677,51	€ 1.405,24	- 272,27 €	143	-38.934 €	04489104 8	IDELVIDON EV 2000UI 1FL*SET	€ 3.960,00	€ 3.613,43	- 346,57 €	29	-10.051 €
04321702 5	TECFIDERA*56CPS 240MG	€ 15,22	€ 14,17	- 1,05 €	33.376	-34.985 €	04577201 1	TREMFYA*SC 1SIR 100MG/1ML	€ 1.547,26	€ 1.238,01	- 309,25 €	32	-9.896 €
04559001 5	TECENTRIQ*INFUS 1200MG 20ML	€ 2.071,24	€ 1.609,40	- 461,84 €	71	-32.791 €	04292704 4	IMNOVID*21CPS 4MG	€ 262,81	€ 229,53	- 33,28 €	294	-9.785 €
03940301 1	ELAPRASE*IV 1FL 3ML 2MG/ML	€ 2.639,81	€ 2.238,45	- 401,36 €	70	-28.095 €	04438602 3	KEYTRUDA*1FL 4ML 25MG/ML	€ 1.268,36	€ 1.255,68	- 12,68 €	731	-9.269 €
04807001 5	LIBTAYO*EV 1FL 350MG	€ 2.979,20	€ 2.086,14	- 893,06 €	30	-26.792 €	03740011 4	SPRYCEL*30CPR RIV 100MG	€ 111,13	€ 103,44	- 7,69 €	1.170	-9.003 €
04431703 0	REPATHA*SC 2PEN 140MG 1ML	€ 166,73	€ 141,77	- 24,96 €	1.064	-26.555 €	03893603 5	STELARA*SC 1SIR 0,5ML 45MG	€ 2.244,09	€ 2.048,78	- 195,32 €	44	-8.594 €
03893708 8	ROACTEMRA*SC 4SIR 162MG 0,9ML	€ 180,89	€ 161,96	- 18,93 €	1.368	-25.895 €	03808301 0	SOLIRIS*EV 1FL 300MG 30ML	€ 3.336,56	€ 3.068,91	- 267,65 €	29	-7.762 €
0396501 0	VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML	€ 28,75	€ 22,43	- 6,32 €	3.590	-22.703 €	04472903 4	TAGRISSO*28CPR RIV 40MG	€ 129,98	€ 114,01	- 15,97 €	476	-7.603 €
02939913 4	JPSTYL 120MG INIET 1SIR PR	€ 655,16	€ 531,56	- 123,60 €	180	-22.248 €	04249407 0	FORXIGA 10MG 28CPR RIV	€ 1,21	€ 1,14	- 0,07 €	103.404	-7.229 €
04526010 4	OLUMIANT*28CPR RIV 4MG	€ 23,58	€ 20,76	- 2,82 €	7.868	-22.213 €	03710501 8	ACLASTA*IV 1FL 100ML 0,05MG/ML	€ 222,06	€ 193,50	- 28,56 €	242	-6.912 €
04713003 6	CISATRACURIO KALCEKS*5F 10ML	€ 9,74	€ 1,70	- 8,05 €	2.410	-19.392 €	04361903 0	XULTOPHY 100U+3,6MG/ML 5P	€ 26,95	€ 25,34	- 1,60 €	4.255	-6.827 €
04561301 9	BAVENCIO*EV 1FL 10ML 20MG/ML	€ 601,19	€ 404,07	- 197,12 €	87	-17.149 €	04708901 4	IMFINZI*EV 1FL 10ML 50MG/ML	€ 1.473,57	€ 1.319,21	- 154,36 €	44	-6.792 €
04588901 9	OCREVUS*EV 1FL 300MG 10ML	€ 4.004,85	€ 3.725,53	- 279,32 €	58	-16.201 €	04054604 4	BRILIQUE 90MG 56CPR RIV	€ 1,04	€ 0,97	- 0,07 €	91.224	-6.296 €
04577202 3	TREMFYA*SC 1PEN 100MG/1ML	€ 1.547,23	€ 1.237,79	- 309,44 €	51	-15.781 €	04612803 1	OZEMPIC 0,5MG1PEN1,5ML 4AG	€ 75,37	€ 70,87	- 4,50 €	1.358	-6.116 €
04569002 9	ZEJULA*56CPS 100MG	€ 56,39	€ 46,60	- 9,79 €	1.568	-15.350 €	04831201 9	XOSPATA*84CPR RIV 40MG	€ 127,32	€ 123,64	- 3,68 €	1.596	-5.876 €
03947204 2	ILARIS*SC 1FL 150MG 1ML	€ 7.942,00	€ 7.153,51	- 788,49 €	19	-14.981 €	04142702 8	ZYTIGA*56CPR 500MG	€ 38,80	€ 31,09	- 7,71 €	728	-5.609 €
04378307 5	TRULICITY SC 1,5MG 0,5ML4P	€ 16,43	€ 15,91	- 0,51 €	28.152	-14.446 €	04309201 6	KADCYLA*INF 1FL POLV 100MG 5ML	€ 1.207,87	€ 1.157,52	- 50,35 €	111	-5.588 €
04526701 0	ALECENSA*224CPS 150MG	€ 18,46	€ 17,60	- 0,86 €	16.576	-14.267 €	03816502 7	YONDELIS*EV 1FL POLV 1MG	€ 1.281,11	€ 1.104,52	- 176,59 €	31	-5.474 €
04351905 3	KALYDECO*28CPR RIV 150MG	€ 196,44	€ 186,77	- 9,66 €	1.316	-12.717 €	04526002 7	OLUMIANT*28CPR RIV 2MG	€ 23,58	€ 20,78	- 2,80 €	1.932	-5.411 €
04309202 8	KADCYLA*INF 1FL POLV 160MG 8ML	€ 2.118,03	€ 1.852,05	- 265,98 €	45	-11.969 €	04455303 7	KYPROLIS*INFUS 1FL 30MG	€ 372,83	€ 330,21	- 42,61 €	126	-5.369 €
04500601 8	MELFALAN TILL*EV 1FL 50MG+1F	€ 97,79	€ 24,86	- 72,93 €	164	-11.961 €	04719802 7	BRAFTOVI*42CPS 75MG	€ 24,63	€ 21,82	- 2,81 €	1.848	-5.190 €
04493001 6	ODEFSEY*30CPR 200+25+25MG FL	€ 18,15	€ 16,58	- 1,56 €	7.530	-11.783 €	04382702 9	ORFEO*60CPS MOLL 100MG	€ 30,14	€ 28,05	- 2,09 €	2.400	-5.025 €
03893604 7	STELARA*SC 1SIR 1ML 90MG	€ 2.183,96	€ 2.048,03	- 135,93 €	86	-11.690 €	04510604 6	CABOMETYX*30CPR RIV 40MG FL	€ 81,50	€ 76,28	- 5,22 €	960	-5.008 €



Come negli anni precedenti, anche nel 2022 è stata effettuata l'analisi sui beni c.d. NO MOVER, ovvero le anagrafiche di magazzino che non hanno trovato movimentazione negli ultimi 24 mesi in quanto sono venute meno le condizioni organizzative/normative che ne hanno generato il fabbisogno. Al 31/12/2022 il valore complessivo dei NO MOVER risultava pari a € 54.319,00 ripartiti tra le categorie merceologiche come in tabella.

CATEGORIE MERCEOLOGICHE			NO MOVER
C00	040	MEDICINALI CON AIC, AD ECCEZIONE DI VACCINI ED EMODERIVATI DI PRODUZIONE REGIONALE	€ 1.850,00
	220	DISPOSITIVI MEDICI	€ 50.912,00
	290	ALTRI BENI E PRODOTTI SANITARI	€ 1.108,00
C05	330	MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	€ 201,00
	350	CANCELLERIA E STAMPATI	€ 198,00
	351	MATERIALI DI CONSUMO PER L'INFORMATICA	€ 50,00
TOTALE			<b>€ 54.319,00</b>

## FONDO ASSICURATIVO

L'ARCS nel corso del 2022 ha provveduto, nell'ambito della gestione centralizzata della copertura assicurativa RCT/O del S.S.R., all'apertura e istruzione di 236 richieste risarcitorie e alla definizione (chiusura senza seguito/liquidazione/reiezione) di 334 sinistri. Ha fornito costantemente alle Aziende del S.S.R. consulenza in materia assicurativa. Ha gestito i contratti assicurativi stipulati dall'ARCS con le relative incombenze (pagamento premi, denuncia sinistri etc.) e ha fornito il supporto tecnico per la predisposizione del capitolato per l'acquisizione della polizza rc patrimoniale per le Aziende del S.S.R.. Nell'ultima parte dell'anno è stato avviato il confronto con il Broker GBSAPRI-ASSITECA per valutare l'impostazione dei capitolati di gara relativi alle polizze di Responsabilità Civile e All risks in scadenza nel 2023.

Per quanto attiene ai dati "economici" della gestione centralizzata della copertura assicurativa rct/o degli Enti del S.S.R. del F.V.G., le tabelle sotto riportate forniscono:

- L'evidenza della valutazione dei rischi al 31/12/2022, dei sinistri aperti per gli anni 2006-2022 (in ottemperanza ai principi contabili, solo il grado di rischio probabile trova iscrizione nel bilancio d'esercizio 2022)

Anno	Probabile	Possibile	Remoto	Liquidato
2006	111.000,00 €	290.000,00 €	110.000,00 €	6.742.378,36 €
2007	75.952,97 €	139.279,12 €	-	9.590.870,82 €
2008	734.278,23 €	875.000,00 €	-	11.134.972,38 €
2009	265.500,00 €	521.500,00 €	50.000,00 €	7.936.911,38 €
2010	2.097.064,48 €	287.873,00 €	30.000,00 €	14.297.570,11 €
2011	1.109.981,98 €	983.000,00 €	60.000,00 €	10.926.740,40 €
2012	2.696.800,00 €	1.195.483,53 €	10.000,00 €	13.578.244,57 €
2013	2.693.000,00 €	1.561.180,00 €	-	11.537.848,81 €
2014	2.858.300,00 €	1.906.700,00 €	15.000,00 €	11.611.366,16 €
2015	4.584.517,00 €	2.298.900,00 €	10.000,00 €	9.544.750,71 €
2016	5.489.703,98 €	2.627.750,00 €	-	8.288.651,26 €
2017	3.187.058,40 €	2.211.510,32 €	5.000,00 €	6.262.583,59 €
2018	7.855.600,00 €	2.722.500,00 €	320.000,00 €	4.149.033,36 €

2019	4.961.679,00 €	4.643.580,87 €	50.000,00 €	2.044.576,89 €
2020	3.427.017,00 €	3.039.203,73 €	59.239,38 €	1.244.680,08 €
2021	5.506.518,00 €	9.096.795,50 €	157.200,00 €	222.315,66 €
2022	478.000,00 €	5.912.192,28 €	479.751,80 €	3.916,73 €
<b>TOTALE</b>	<b>48.131.971,04 €</b>	<b>40.312.448,35 €</b>	<b>1.356.191,18 €</b>	<b>129.117.411,27 €</b>

- il dettaglio del valore dei sinistri, riepilogato per grado di rischio e per ente del SSR di riferimento.

ENTE	Probabile	Possibile	Remoto	Liquidato
<b>ASU FC</b>	21.425.207,46 €	20.886.741,43 €	598.741,80 €	<b>58.123.478,30 €</b>
<b>ASU GI</b>	16.141.925,21 €	10.636.479,19 €	399.213,38 €	<b>35.693.241,35 €</b>
<b>AS FO</b>	8.490.658,37 €	7.253.227,73 €	183.200,00 €	<b>26.710.180,50 €</b>
<b>BURLO</b>	1.604.000,00 €	1.133.000,00 €	60.000,00 €	<b>6.612.854,45 €</b>
<b>CRO</b>	470.180,00 €	353.000,00 €	115.000,00 €	<b>1.977.656,67 €</b>
<b>ARCS</b>	-	50.000,00 €	36,00 €	-
<b>TOTALE</b>	<b>48.131.971,04 €</b>	<b>40.312.448,35 €</b>	<b>1.356.191,18 €</b>	<b>129.117.411,27 €</b>

## PROCEDURE ACQUISTI CENTRALIZZATI – SPENDING REVIEW

Nel corso dell'Anno 2022 sono stati adottati una serie di atti finalizzati a garantire una maggiore razionalizzazione ed efficientamento dei processi d'acquisto svolti da ARCS per conto degli Enti del SSR FVG.

Nell'ottica di un'ottimizzazione dei processi, nel corso dell'Anno 2022 ARCS ha provveduto al riguardo ad attuare incisive misure di coordinamento e di efficientamento del sistema regionale di acquisizione dei beni e dei servizi a livello centralizzato.

Partendo da una complessiva ricognizione dello stato dell'arte dell'attività negoziale di ARCS e più in dettaglio, delle procedure di affidamento inserite negli atti programmatori pregressi dell'Azienda, si è addivenuti ad un ripensamento dell'attuale assetto di governance e all'adozione di una nuova programmazione biennale di gare centralizzate; quest'ultima ha previsto l'inserimento negli atti programmatori di iniziative che, in relazione all'assetto organizzativo e alle risorse messe a disposizione delle competenti Strutture aziendali, sono state considerate attuabili nel biennio di riferimento, nel rispetto di quanto disposto dal dettato normativo e nell'ottica della massima trasparenza e della collaborazione reciproca tra gli Enti del S.S.R.

Si è quindi provveduto ad approvare la nuova programmazione delle attività di acquisto centralizzato per il biennio 2023-2024, con Decreto del D.G. ARCS n.259 del 01/12/2022, come successivamente modificato e integrato con Decreto del D.G. ARCS n.5 del 05/01/2023.

Anche per l'Anno 2022 ARCS ha assicurato lo svolgimento dell'attività negoziale in nome e per conto della CUC – Centrale Unica di Committenza Regionale, Soggetto aggregatore regionale per la Regione FVG, in virtù dell'apposito rapporto di avvalimento ai sensi dei commi 4 bis e 4 ter dell'art. 44 della L.R. n. 26/2014, relativamente alle iniziative di acquisto rientranti nelle categorie merceologiche di cui al D.P.C.M. del 24/12/2015 ed al successivo D.P.C.M. dell'11/07/2018; in particolare si è dato seguito alle procedure d'acquisto inserite nella Programmazione del Soggetto aggregatore regionale, come approvato con Delibera di G.R. FVG n.65 del 21 gennaio 2022 e s.m.i. nonché è stato assicurato lo svolgimento delle procedure per gli acquisti di beni e servizi per conto

della Direzione centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, ai sensi di quanto disposto dall'art.4, c.4 lett. a) della L.R. 17 dicembre 2018 n.27.

Inoltre nel corso dell'Anno 2022 sono state aggiudicate una serie di commesse di particolare rilevanza economica ed organizzativa quali ad es.:

- l'appalto del servizio di logistica centralizzata per le Aziende del SSR FVG per un importo complessivo per 72 mesi pari a € 32.338.767,72 – ID 19SER004 – con Determinazione dirigenziale di aggiudicazione n.417 del 20/06/2022;
- l'appalto del servizio aereo regionale di Protezione Civile e di Elisoccorso per un importo complessivo per 60 mesi pari a € 35.751.000,00 – ID19SER005 – con Determinazione dirigenziale di aggiudicazione n.366 del 07/06/2022;
- l'appalto dei servizi tecnico-manutentivi integrati delle apparecchiature biomedicali per gli Enti del SSR FVG per un importo complessivo per 48 mesi pari a € 43.498.713,75- ID 19SER002 CUC - con Determinazione dirigenziale di aggiudicazione n.585 del 12/09/2022,

oltre ad essere state effettuate altre procedure d'acquisto di particolare rilievo per una serie numerosa di presidi, di farmaci e per alcune tipologie di materiale protesico.

Nell'assolvimento delle funzioni conferite, questa Azienda ha perseguito obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità contribuendo con gli Enti del SSR alla realizzazione della programmazione regionale.

L'attività istituzionale dell'Azienda Regionale per il Coordinamento della Salute, in relazione alle attività di coordinamento e aggregazione della domanda proveniente dalle singole Aziende del SSR, ha consentito tramite anche il consolidamento degli attuali processi gestionali e ove possibile, tramite la standardizzazione dei fabbisogni, la realizzazione di economie di scala e quindi di risparmi di processo a vantaggio del sistema che possono essere come di seguito dettagliati:

<b>PROCEDURE AVVIATE ANNO 2022</b>	
<b>C - IMPORTO BASE BANDITO (senza proroghe ed estensioni)</b>	<b>Nr. Procedure</b>
<b>€ 475.142.137</b>	<b>123</b>

<b>PROCEDURE AGGIUDICATE ANNO 2022</b>				
<b>D - IMPORTO BASE LOTTI AGGIUDICATI</b>	<b>F - IMPORTO AGGIUDICATO</b>	<b>G= (D-F) - DIFFERENZA</b>	<b>% RISPARMIO</b>	<b>NR. GARE</b>
€ 416.315.896	€ 360.647.323	€ 55.668.573	13,37%	140

Tali dati si possono considerare come dato di riferimento di massima dell'attività istituzionale di ARCS, quale Centrale di Committenza per gli Enti del SSR.

Occorre evidenziare tra l'altro, che nel corso dell'anno 2022 si è registrato come noto, un aumento generalizzato dei prezzi, dovuto all'incremento del costo dell'energia e delle materie prime,

esacerbato dalla guerra in Ucraina nonché dall'evento pandemico. I rincari di spesa hanno riguardato tutti i settori produttivi, le bollette, il carburante e il prezzo dei prodotti alimentari, a cui sono seguiti inevitabili rincari dei costi delle forniture e dei servizi appaltati anche per tutti gli Enti del SSN.

In merito è intervenuto anche lo stesso Legislatore che con l'art. 29, comma 1, lett. a) del D.L. del 27 gennaio 2022, n. 4 (c.d. decreto sostegni ter), convertito con Legge del 28.03.2022, n. 25, relativamente ai bandi e lettere di invito inviate a far data della vigenza del DL, ha previsto tra l'altro l'obbligo di inserimento della clausola di revisione prezzi su tutti i contratti di lavori, servizi e forniture.

### 1.3. Altri contenuti

#### CENTRO REGIONALE TRAPIANTI

L'attività 2022 del Centro Regionale Trapianti è dettagliatamente illustrata nella "Relazione attività di procurement e trapianto di organi, tessuti e cellule del Sistema Regionale Trapianti FVG anno 2022", che è trasmessa alla DCS, con comunicazione specifica, da parte del Direttore del Centro Regionale Trapianti.

La tabella che segue evidenzia l'attività di prelievo e di trapianto d'organo erogata all'interno dell'ASUFC

Organi prelevati	2021	2022
Cuori	6	5
Reni	28	33
Fegati	18	19
Pancreas	3	4
Polmoni	6	2
Cornee	276	237
Valvole cardiache	1	0
Cute	5	0
Tessuto vascolare da donatore multite tessuto	4	0
Tessuti ossei totale	39	33
<i>Da vivente</i>	34	32
<i>Da multite tessuto</i>	5	1
Prelievi multiorgano	28	22
Prelievi multite tessuto a cuore fermo	1	0
Prelievi multite tessuto a cuore battente	5	1

Trapianti	2021	2022
Cuore	17	20
Rene	57+1	49+6
Cornea	30	29
Fegato	23	27

Fonte: Centro Regionale Trapianti

L'attività di trapianto di midollo osseo inoltre evidenzia un mantenimento rispetto all'anno precedente.

	2021	2022
ASUFC	82	89
Extra-regione	27	21
TOTALE	109	110

### **CENTRO DI COORDINAMENTO REGIONALE PER LE MALATTIE RARE (CCMR)**

Compiti istituzionali del Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare (CCMR) sono:

- a) la gestione del Registro Regionale Malattie Rare ed integrazione con il Registro Nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità;
- b) la rappresentanza regionale al Tavolo Tecnico per le Malattie Rare della Commissione Salute.
- c) le azioni formative-informative rivolte ai presidi della rete regionale ed ai professionisti del S.S.R.;
- d) lo sviluppo e mantenimento delle relazioni e collaborazioni con le associazioni dei pazienti e la Consulta Regionale Disabili;
- e) attività diagnostico-clinico-assistenziale sulle malattie rare

Durante il 2022 il protrarsi della Pandemia da SARS-CoV2 ha limitato le attività del centro che comunque è riuscito a soddisfare le esigenze dei pazienti intra ed extraregionali mediante assistenza e telemedicina.

#### *Rete e Registro Regionale per le Malattie Rare*

Il Tavolo Tecnico per le Malattie Rare della Commissione Salute è l'organo attraverso il quale si è rafforzato il ruolo delle regioni nell'attuazione del programma di sorveglianza epidemiologica e si è formalizzata l'istituzione di un Gruppo tecnico interregionale permanente, che coordina ed è responsabile del monitoraggio delle attività assistenziali per le malattie rare. Il Gruppo interregionale è responsabile della diffusione dei protocolli metodologici, indica le procedure per garantire la sorveglianza epidemiologica e definisce le modalità di collaborazione con le associazioni che operano nel settore.

Il report delle attività della Rete Regionale e del Registro prodotto all'ARCS è in fase di finalizzazione.

#### *Rapporti con le Associazioni dei Pazienti*

Nel corso del 2022 la collaborazione con le Associazioni dei Pazienti è stata assicurata attraverso meeting effettuati via web causa COVID-19.

Le riunioni sono state tenute nei giorni: 17 febbraio, 31 marzo, 14 aprile, 20 maggio, 29 settembre, 24 novembre.

E' stato confermato il potenziamento del servizio psicologico per sostenere i pazienti da problematiche relative a COVID-19.

La Rete delle Associazioni ha sollecitato a livello regionale la costituzione di un tavolo permanente delle Associazioni per Malattie Rare. E' stato conferito al CCRMR il mandato per la stesura di un documento ad hoc da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale.

### *Attività diagnostico-assistenziale*

#### Area della degenza pediatrico e adulto.

Nel corso dell'anno è stato istituito e formalizzato il team chirurgico specialistico per i pazienti adulti e pediatrici affetti da malattia rara. Il team prevede la partecipazione di un medico dell'adulto o pediatrico del gruppo multidisciplinare delle malattie rare, un anestesista di riferimento e il chirurgo specialista (che varia a seconda del tipo di intervento).

Nel corso dell'anno 2022 sono stati eseguiti con successo due interventi. Un primo intervento di ernia inguinale in un paziente adulto che, vista la complessità del caso, era stato rifiutato da altri centri in Italia; un intervento che ha coinvolto l'equipe chirurgica otiatrica e chirurgica pediatrica di tonsillectomia, adenectomia e posizionamento di Port-A-Cath in un paziente pediatrico. Il team ha inoltre valutato altri 3 pazienti: 1 per intervento di ernia inguinale e ombelicale e 2 pazienti per intervento odontoiatrico che verranno eseguiti nel 2023.

#### Day hospital pediatrico e adulto

L'attività di day-hospital è stata programmata secondo le necessità di controllo dei pazienti e ha visto un incremento degli accessi annuali di oltre il 6% per i pazienti adulti e un incremento di oltre il 9% per i pazienti pediatrici. Va segnalato che 96 accessi sono stati programmati e poi annullati per richiesta da parte dell'utente.

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i dati relativi agli accessi in DH PEDIATRICO E ADULTO degli ultimi 3 anni:

Tabella 1: DH Pediatrico

	2020	2021	2022
	208	213	233

Tabella 2: DH Adulto

	2020	2021	2022
	465	658	700

Per quanto concerne l'imputazione dei ricoveri 2022 si segnala che questi, secondo quanto definito dalla DGR 2228 del 22.9.2006 di approvazione del "Primo modello organizzativo per l'attivazione della Rete per le Malattie Rare nella Regione Friuli-Venezia Giulia", risultano formalmente a carico della SOC di Clinica Pediatrica, per l'età infantile, e della SOC di Medicina 1 per l'età adulta.

*Attività ambulatoriale*

I professionisti del CCRMR svolgono attività di consulenza genetica e metabolica:

- in seno all'azienda;
- rivolta ai Presidi della rete regionale, a pazienti e strutture cliniche regionali o nazionali;
- rivolta a strutture scientifiche e sanitarie o pazienti di Paesi dell'UE o di altri continenti.

L'attività ambulatoriale è proseguita senza interruzioni per tutto il 2022. I tempi di attesa per l'erogazione si aggirano tra i 10/15 giorni.

Si segnala inoltre che il centro ha attivo un servizio di help-line. Nel corso del 2022 sono state evase 260 consulenze telefoniche e on-line, in risposta a richieste e quesiti pervenuti direttamente al CCRMR da privati o da professionisti del Sistema Sanitario.

*Televisite*

L'erogazione di prestazioni in regime di televisita è proseguita per tutto il corso del 2022 sempre tramite piattaforma LIFESIZE CLOUD acquisita dalla Regione FVG. Sono state erogate 146 prestazioni di cui 46 controlli a pazienti già presi in carico prevalentemente extraregionali e 100 a pazienti che hanno necessitato di un colloquio per interpretazione degli esami genetici svolti in consulenza con il genetista del centro. Il lieve decremento dell'attività rispetto allo scorso anno è da imputarsi al desiderio dei pazienti ad eseguire una visita in presenza rispetto alla televisita.

Si fa presente, inoltre, che il Direttore del Centro è membro del gruppo di studio sulla Telemedicina dell'Istituto Superiore della Sanità.

*Servizio di Psicologia*

Il servizio di psicologia offerto dal CCRMR è stato erogato dal Centro stipulando un contratto di collaborazione libero professionale.

*Rete Europea di Riferimento (ERN) per le Malattie Rare Metaboliche.*

Durante il 2022 la rete Europea MetabERN ha continuato le sue attività mediante il trasferimento in web dei meeting programmati in presenza.

La rete, istituita dalla Commissione Europea nel 2017, coinvolge al momento 97 Health Care Providers (fornitori di assistenza sanitaria), certificati e approvati dai Ministeri della Sanità di 27 diversi paesi dell'Unione Europea: 18 di questi sono italiani. A livello complessivo Sono 80.000 i pazienti seguiti, e 2000 esperti, di cui circa il 52% sono specialisti, in particolare medici pediatrici e per adulti, genetisti, neurologi e medici metabolici. Quarantuno Organizzazioni di Pazienti hanno aderito a MetabERN. La rete è anche partner della Società per lo Studio degli Errori Congeniti del Metabolismo (SSIEM).

*Attività diagnostica di laboratorio*

Il laboratorio di Malattie Rare del CCRMR svolge attività di diagnostica biochimica e molecolare pre e post- natale di Malattie d'accumulo lisosomiale e altre malattie rare. Inoltre, esegue i test di conferma diagnostica dei neonati della regione risultati positivi allo screening neonatale per malattie lisosomiali.

Il 70% dei campioni processati nel laboratorio provengono di pazienti non ricoverati (esterni) e di questi circa la metà provengono di strutture regionali o nazionali. L'invio di questi ultimi viene sempre preceduto di un colloquio telefonico/via mail fra il medico di riferimento inviante e il responsabile del laboratorio.

Il numero di prestazioni di biologia molecolare e biochimica ha registrato un importante incremento annuale (circa 100%). Per i dati specifici si rimanda alla reportistica aziendale

Da inizio ottobre 2022 il numero di dirigenti biologi strutturati afferenti al laboratorio è passato da 2 a 1 per cui nell' ultimo trimestre dell'anno si sono verificati dei ritardi nei tempi di refertazione. Il personale del laboratorio ha continuato a processare regolarmente i campioni di pazienti arruolati in studi clinici e l'attività di ricerca così come l'attività di formazione e di specializzandi, tirocinanti e borsisti.

Nel 2021 è stato attivato il percorso biobanca e nel corso del 2022 sono stati raccolti 240 campioni di pazienti affetti da malattie lisosomiali.

Infine, è stato avviato il progetto pilota per lo screening neonatale della Atrofia Muscolo Spinale (SMA), approvato dal Comitato Etico Regionale nel Dicembre 2021 al quale hanno partecipato tutti i punti nascita della provincia di Udine. Al 31/12/2022 sono stati sottoposti al test 2264 neonati.

Il Laboratorio ha partecipato ai programmi di controllo di qualità per il dosaggio di enzimi lisosomiali e biomarkers (ERNDIM; progetto pilota IWGGD) e per il sequenziamento Sanger (EMQN).

*Progetti di ricerca epidemiologica, clinica e di base a livello nazionale ed internazionale*

Si riportano in tabella 3, 4 e 5 gli studi clinici attivi, in fase di attivazione e i progetti di ricerca clinica, finalizzata, indipendente e sponsorizzata attivi nel 2022.

**Tabella 3: Studi clinici attivi nel 2022**

Studio a lungo termine per valutare su base continua la sicurezza e l'efficacia di olipudase alfa in pazienti con deficit di sfingomielinasi acida, protocollo LTS13632 (finanziato da Sanofi spa)-
Studio multicentrico, non interventistico, con doppia coorte per valutare la sicurezza dell'infusione domiciliare di myozyme® e di aldurazyme® in "real world" – Protocollo HomErt
Protocollo – studio di fase 2/3, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, a dosi ripetute, per valutare l'efficacia, la sicurezza, la farmacodinamica e la farmacocinetica di olipudase alfa in pazienti con deficit di sfingomielinasi acida – protocollo DFI12712
Studio prospettico longitudinale della traiettoria della malattia neurologica nei bambini in



partenza con gangliosidosi GM1 o GM2 ad esordio tardivo-infantile e giovanile-
Studio longitudinale prospettico sui potenziali biomarcatori della risposta al trattamento e sui risultati clinici nella sindrome di Hunter -DENALI0001
Studio di coorte prospettico e retrospettivo per migliorare e ampliare le conoscenze sui pazienti affetti da forme croniche di carenza di sfingomielinasi acida (ASMD)- Protocollo PIR16183

#### **Tabella 4: Studi clinici in fase di attivazione**

Studio di fase III, in doppio cieco, randomizzato, controllato- con placebo, a gruppi paralleli, multicentrico per valutare la sicurezza, tollerabilità ed efficacia di 2000 mg/kg di Trappsol® Cyclo™ (idrossipropil-β- ciclodestrina) e terapia standard rispetto a placebo e terapia standard in pazienti affetti da malattia di Niemann-Pick di tipo C1-Programmare SIV on site
Studio di fase 2/3, multicentrico, in doppio cieco, randomizzato per determinare l'efficacia e la sicurezza di DNL310 rispetto a idursulfasi in partecipanti pediatrici con mucopolisaccaridosi neuronopatica o non neuronopatica di tipo II"- Parere condizionato- Programmare SIV on site
Studio di fase III, in doppio cieco, randomizzato, controllato- con placebo, a gruppi paralleli, multicentrico per valutare la sicurezza, tollerabilità ed efficacia di 2000 mg/kg di Trappsol® Cyclo™ (idrossipropil-β- ciclodestrina) e terapia standard rispetto a placebo e terapia standard in pazienti affetti da malattia di Niemann-Pick di tipo C1-Programmare SIV on site
Studio di fase 2/3, multicentrico, in doppio cieco, randomizzato per determinare l'efficacia e la sicurezza di DNL310 rispetto a idursulfasi in partecipanti pediatrici con mucopolisaccaridosi neuronopatica o non neuronopatica di tipo II"- Parere condizionato- Programmare SIV on site
Studio sull'analisi del microbioma fecale nei pazienti affetti da Glicogenosi II
Studio sulla secchezza orale e oculare nei pazienti affetti da malattia di Fabry

#### **Tabella 5: Progetti di ricerca attivi nel 2022**

Molecular Nanodecoders for the Quantitative, Multiplexed, Layer-by-Layer Imaging of Disease-Associated Markers (Ricerca Finalizzata 2013, progetto finanziato dal Ministero della Salute)
Undiagnosed Rare Diseases: a joint Italy - USA project (collaborazione con il Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, in progetto del Ministero degli Affari Esteri)
Monitorare l'uso appropriato e sicuro ed ottimizzare l'accesso ai farmaci per la cura delle malattie rare nella regione Friuli Venezia Giulia (progetto finanziato dal bando AIFA per la ricerca indipendente sui farmaci)
Pre-clinical validation of FDA approved molecules able to rescue GAA pre-mRNA splicing of c.-32-13T>G mutants as therapeutic agents for lateonset Pompe Disease (in collaborazione con ICGEB Trieste, progetto finanziato da Acid Maltase Deficiency Association)

European Joint Programme on Rare Diseases (partner in progetto finanziato dall'UE nell'ambito del programma Horizon2020)
Unified European Registry for Inherited Metabolic Disorders — U-IMD (partner in progetto finanziato dall'UE attraverso Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency)
Under the connecting Europe Facility (CEF) – Telecommunications Sector (progetto finanziato dall'UE attraverso Innovation and Networks Executive Agency)
Rare 2030 - a participatory foresight study for policy-making rare diseases (partner in progetto finanziato dall'UE nell'ambito del programma Horizon 2020)
Generation and characterization of cellular models of Fabry disease exploiting CRISPR/Cas9 technology for the study of disease pathophysiology (Investigator-Initiated Program-Amicus)
Novel therapeutic targets derived from modulation of RNA metabolism in late onset Pompe disease. (collaborazione con ICGEB di Trieste, progetto finanziato da AFM Telethon)
C4C - Collaborative Network for European Clinical Trials For Children (c4c)
European Rare dIsease research Coordination and support Action (ERICA)

## AREA WELFARE DI COMUNITA'

L'Area Welfare di Comunità svolge funzioni di supporto dell'Amministrazione regionale nelle attività di programmazione, progettazione e gestione degli interventi relativi al governo del sistema sanitario e sociale, nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani, ai sensi della L.R. n. 17/2014 e della L.R. n. 14/2012, art. 9, comma 53.

Il supporto tecnico garantito alle Direzioni regionali dell'Area Welfare riguarda in particolare le seguenti attività:

- pianificazione, monitoraggio e valutazione degli interventi relativi al governo del sistema sociosanitario e sociale nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani;
- produzione e integrazione di dati, informazioni e conoscenze nelle aree di competenza attraverso introduzione, messa a regime e gestione dei sistemi informativi di settore
- gestione tecnico operativa di procedure amministrative in delega amministrativa totale o parziale
- realizzazione di progettualità sperimentali.

## **Relazione sulle attività svolte da Area Welfare di Comunità dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina a supporto della Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità**

(Attività definite con la D.G.R. n. 321 del 11.03.2022, Allegato 1 Tabella 1 (finanziamento per funzioni e popolazione)

## Premessa al documento

Il presente documento descrive le attività che Area Welfare di Comunità (d'ora innanzi nel documento, Area Welfare oppure AW), struttura dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), ha realizzato a supporto della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (Direzione centrale o DCS) nel corso dell'anno 2022.

Il supporto dell'Area Welfare alla Direzione centrale si fonda sui seguenti riferimenti normativi:

- l'art. 105 legge regionale 29 giugno 2020, n. 13 sancisce che "presso l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina è istituita la struttura Area Welfare di Comunità cui compete lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 9, commi 53 e seguenti della legge regionale 25 luglio 2012, n. 14 (Assestamento del bilancio 2012 e del bilancio pluriennale per gli anni 2012-2014). Al fine di assicurarne la continuità e il coordinato svolgimento, le attività poste in essere per l'Area Welfare di Comunità a far data dal 1 gennaio 2020 e i rapporti dalla stessa costituiti sono a ogni effetto confermati e continuano a essere disciplinati dai provvedimenti che li hanno disposti;

- l'articolo 9 della LR 14/2012, al comma 53 reca che "l'Amministrazione regionale, al fine di garantire sistematico supporto alle attività di programmazione, progettazione e gestione degli interventi relativi al governo del sistema sanitario e sociale, nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani, si avvale delle competenze dell'Area Welfare di Comunità, istituita presso l'Azienda per i servizi sanitari n. 5 "Bassa Friulana".

## Modalità di organizzazione e di realizzazione delle attività

Nel perimetro del finanziamento di cui alla DGR 321/2022 di approvazione definitiva delle Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2022, l'Area Welfare ha fornito supporto alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per ciò che riguarda le attività attinenti alla programmazione, implementazione, monitoraggio e valutazione in materia di politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali, attuando gli interventi con le modalità definite nell'atto aziendale di ASUGI approvato con decreto del Direttore Generale n.454 dd.19.5.22.

## Le attività 2022

Si specificano di seguito le attività svolte, il grado di raggiungimento degli obiettivi e le eventuali criticità, suddivisi per Area di riferimento (Anziani, Disabilità, Minori, Dipendenze, Terzo Settore, Salute Mentale e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Procedure progetti di cooperazione internazionale).

Le attività di staff e di coordinamento dell'Area Welfare hanno comportato:

- la gestione dei rapporti istituzionali e con la Direzione centrale
- attività di coordinamento tra le varie linee di lavoro con riunioni interne e raccordo tra il personale
- la pianificazione delle risorse economiche
- controllo di gestione: monitoraggio e rendicontazione del budget di struttura
- monitoraggio periodico e rendicontazione progettuale
- gestione delle attività amministrative e di segreteria

- gestione sistemi informatici hardware e software e infrastrutture rete.

## **Anziani**

*Riqualficazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani, con particolare riferimento alla revisione del DPRReg 144/2015, alla predisposizione del regolamento di accreditamento, nonché degli atti finalizzati all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e alla definizione del fabbisogno*

L'Area Welfare ha fornito supporto tecnico nella realizzazione delle seguenti attività:

- stesura regolamento di revisione DPRReg 144/2015 e suoi allegati
- stesura regolamento di accreditamento e requisiti
- stesura prima bozza di regolamento nuovo sistema di finanziamento
- valutazione impatto nuove regole ipotizzate nelle bozze documentali predisposte (revisione DPRReg. 144/2015 e regolamento di accreditamento)
- condivisione bozze documentali predisposte con i principali stakeholders (incontri con DCS e associazioni di categoria)

### *Output:*

- bozza revisione DPRReg 144/2015 e allegati
- bozza regolamento accreditamento e allegati con requisiti
- bozza regolamento nuovo sistema di finanziamento
- PPT e materiali preparatori incontri condivisione

*Accompagnamento e assistenza tecnica nelle attività e adempimenti conseguenti alla revisione del DPRReg 144/2015, all'attuazione del processo di accreditamento e all'introduzione delle nuove regole di finanziamento delle residenze per anziani.*

L'Area Welfare ha fornito supporto tecnico nella realizzazione delle seguenti attività:

- predisposizione note e materiali informativi e propedeutici avvio adempimenti
- predisposizione schede e griglie di valutazione
- predisposizione manuale delle evidenze per i requisiti delle residenze per anziani non autosufficienti
- predisposizione manuale delle evidenze per i requisiti dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti
- servizio di helpdesk

### *Output:*

- circolari informative avvio fase transitoria e indicazioni per l'accREDITamento provvisorio
- fac-simile istanza di accREDITamento e griglie di autovalutazione
- manuale delle evidenze per i requisiti delle residenze per anziani non autosufficienti
- manuale delle evidenze per i requisiti dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti

*Ricerca e analisi elementi di carattere economico nei servizi semiresidenziali e residenziali*

L'attività consiste nella realizzazione di una ricerca in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Economiche e Statistiche (Dies) dell'Università degli Studi di Udine, finalizzata a definire a livello regionale un range di tariffe (minime e massime) entro cui i soggetti gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali possono articolare le proprie rette per la fruizione del servizio.

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccordo e incontri periodici con Uniud per la predisposizione disegno della ricerca
- predisposizione strumenti di rilevazione
- raccolta e analisi dati

*Output:*

- griglia di rilevazione dati incontro con stakeholders per presentazione progetto di ricerca e raccolta adesioni (8.07.2022)
- report confronto con gestori e individuazione cluster rilevanti

*Sistema di VMD Val.Graf. – FVG*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- formazione all'uso del sistema:
  - o organizzazione e gestione corsi FAD
  - o assistenza tecnica nell'utilizzo dello strumento e degli indicatori di sintesi (help desk di 2° livello)
- miglioramento continuo del sistema:
  - o revisione regole di conteggio dei punteggi per superamento prove corso

*Output:*

- servizio di helpdesk attivo
- realizzazione di 4 edizioni del corso (483 iscritti e 335 operatori abilitati all'uso del sistema)

*Analisi bisogni informativi, manutenzione evolutiva sistemi informativi SIRA-FVG e Genesys, sviluppo Portale regionale anziani*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto nella definizione della programmazione sviluppi a livello regionale
- supporto nello sviluppo del sistema per la gestione economica del budget di salute (DGR 1624/2019), realizzazione debug del sistema, accompagnamento all'introduzione del sistema (circolari, abilitazioni, formazione e heldesk); sviluppo del modulo per la gestione delle sperimentazioni di Abitare inclusivo realizzato sul gestionale SIRA FVG
- manutenzione evolutiva e adattativa dei sistemi in uso (SIRA-FVG e Genesys)
- raccordo con software Uno per sviluppo schede Val.Graf. e indicatori su Cartella Utenti
- supporto nell'adattamento dei verticali business object collegati a SIRA e Val.Graf

*Output:*

- produzione specifiche tecniche per sviluppo su gestionale SIRA del modulo per la gestione e monitoraggio delle sperimentazioni di Abitare Inclusivo
- indicazioni e feedback sugli esiti dei test
- corso di formazione per gli operatori coinvolti (enti gestori, Distretti e Ambiti) su uso modulo gestionale sperimentazioni di Abitare Inclusivo

*Gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con leggi regionali per le c.d. "Spese Covid" e c.d. "Minori entrate causa Covid")*

In supporto alla Direzione regionale sono state realizzate le seguenti attività:

- definizione ipotesi di finanziamento e simulazioni impatto economico
- stesura articoli di legge
- definizione della procedura per l'erogazione dei contributi
- predisposizione DGR

Relativamente alla procedura di erogazione sono state svolte le seguenti attività:

- predisposizione di circolari e documenti propedeutici alla presentazione delle domande di contributo (decreti e avvisi)
- supporto tecnico ai soggetti richiedenti ai fini della presentazione delle domande di contributo
- supporto alle Aziende sanitarie nella predisposizione bozza decreto di assegnazione dei contributi spettanti
- avvio gestione istruttoria delle domande pervenute

*Output:*

- DB valutazione impatto
- bozze DGR
- bozze decreti e avvisi

*Sperimentazioni abitare inclusivo (abitare possibile e domiciliarità innovativa)*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto nell'analisi delle proposte progettuali di avvio sperimentazione presentate alla Direzione centrale (relazioni tecniche ed eventuali sopralluoghi in loco)
- condivisione con la Direzione centrale del progetto di valutazione e monitoraggio delle sperimentazioni di abitare inclusivo
- interviste ai soggetti gestori, agli attori dei Distretti sanitari e dei Servizi Sociali Comunali, agli utenti e famigliari, con relative trascrizioni per l'approfondimento delle criticità e delle prospettive delle sperimentazioni di abitare inclusivo

*Output:*

- relazioni tecniche ed esiti dei sopralluoghi effettuati per ogni proposta progettuale trasmessa dalla Direzione centrale competente
- trascrizioni delle interviste di approfondimento
- sintesi dei risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni

*Assistenza tecnica, monitoraggio flussi dati e produzione reportistica*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto predisposizione elenco residenze per anziani autorizzate all'esercizio anno 2022
- assistenza tecnica all'uso dei sistemi (help desk di 1° livello attivo)
- raccordo con Insiel e Insoft per segnalazione/risoluzione problemi
- analisi ed elaborazione dati disponibili a sistema (Genesys e SIRA) e predisposizione di report periodici o su richiesta per i diversi stakeholder (in particolare Direzione centrale)

*Output:*

- elenco residenze per anziani 2022
- servizio help desk telefonico (attivo 10 h/sett) e-mail
- report periodici

*Sperimentazioni domiciliarità comunitaria (DGR 1964/2021)*

Nell'ambito dell'attività di supporto all'elaborazione delle linee di indirizzo per la realizzazione delle sperimentazioni sono state volte le seguenti attività:

- definizione del piano di accompagnamento alla sperimentazione e condivisione con Direzione centrale
- elaborazione bozza accordo di programma tra SSC e Azienda sanitaria per la realizzazione dei percorsi di sperimentazione di domiciliarità comunitaria di cui alla DGR 1964/2021
- elaborazione bozza di avviso di co-programmazione
- elaborazione bozza domanda di partecipazione al procedimento di co-programmazione

*Output:*

- bozza piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria
- bozza di accordo di programma
- bozza di avviso di co-programmazione
- Bozza di domanda di partecipazione al procedimento di co-programmazione

**Disabilità**

*Riqualficazione della rete dei servizi per disabili, con particolare riferimento alla revisione della LR 41/96*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto nella fase di stesura di bozze incrementalmente relative ai contenuti del DDL di riforma e all'iter procedurale necessario per l'approvazione
- verifica simulazione impatti
- predisposizione materiali finalizzati alla concertazione/consultazione
- supporto alla concertazione/consultazione
- revisione bozze

*Output:*

- Approvazione LR 16/2022

*Unificazione fondi SLA, Gravissimi e FAP in coerenza con quanto previsto nel Documento programmatico del fondo per la non autosufficienza della Regione FVG per il triennio 2019/2021 (DGR 1732/2020)*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- predisposizione bozze documentali
- simulazioni dati e verifica impatti

Le attività relative alla concertazione non sono state realizzate in quanto non richiesta dalla DCS.

*Output:*

- bozze documentali e simulazioni di impatto

*Accompagnamento applicazione Regolamento Fondo gravissimi DPRReg 247/2009 e successive modifiche*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto ai territori (AAS e SSC) nell'attività di loro competenza
- supporto alle attività della Direzione centrale nell'approvazione dei casi nuovi e in continuità e nell'erogazione dei contributi agli Ambiti sociali
- supporto alle attività della Commissione di Esperti

*Output:*

- verbali commissione di esperti, graduatoria

*Accompagnamento applicazione Regolamento Fondo SLA DPRReg 201/2012*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto ai territori (AAS e SSC) nell'attività di loro competenza



- attività amministrative finalizzate all'approvazione delle graduatorie e all'erogazione dei contributi
- comunicazione agli interessati, alle AAS e ai Servizi sociali dei comuni (SSC) territorialmente competenti dell'avvenuta concessione o del diniego del beneficio
- gestione comunicazioni relative ai movimenti in corso d'anno
- vigilanza, sollecitazione e accompagnamento degli enti eventualmente inadempienti sullo svolgimento dei compiti ad essi attribuiti nel rispetto dei tempi e dei modi previsti
- help desk

*Output:*

- determine, mandati di pagamento, comunicazioni di esito del procedimento

*Monitoraggio interventi di cui alla legge 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare"*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccolta dati finalizzati all'implementazione di SIOSS
- definizione nuove modalità di valutazione e monitoraggio degli interventi del DdN
- raccolta dati
- analisi dati
- elaborazione dati
- stesura report

Le attività relative alla definizione di nuove modalità di valutazione degli interventi del DdN sono state intraprese ma non concluse, mentre non è iniziata l'attività di predisposizione dei nuovi strumenti di raccolta dati in quanto, trovandosi in una situazione di transizione dovuta al nuovo assetto dettato dalla riforma della LR 41/96, che pone le competenze in capo a soggetti diversi, si è ritenuto di attendere il nuovo anno per procedere in tal senso; ciononostante si è provveduto a realizzare tutte le attività necessarie alla predisposizione del report annuale secondo il modello già in uso.

*Output:*

- dati predisposti per l'implementazione dati in SIOSS; report di monitoraggio

*Supporto alla co-progettazione e attuazione dei percorsi sperimentali di cui all'art. 20 bis della LR 41/96*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- partecipazione alla valutazione delle proposte progettuali nell'ambito dell'apposita Commissione e collaborazione alla predisposizione delle eventuali richieste di integrazione (pre-istruttoria)

*Output:*

- Progetti valutati; richieste integrazione

*Sviluppo Q-VAD: costituzione comunità professionale finalizzata alla validazione degli indicatori e profili, formazione degli operatori, evoluzione dello strumento.*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- identificazione strumenti amministrativi e gestionali di supporto alla comunità
- identificazione membri
- avvio dei lavori della comunità professionale per la validazione di indicatori e profili, per la formazione, per la stesura del manuale e per l'evoluzione dello strumento

*Output:*

- comunità professionale costituita e avviata
- prima bozza di manuale
- primi contenuti webinar

Le attività relative alla validazione degli indicatori e dei profili prodotti dallo strumento Q-VAD sono state realizzate parzialmente in quanto la raccolta dati si è realizzata come da programma nel territorio dell'ex ASUIUD mentre non si è realizzata in quello di ASFO; pertanto, si completerà nel prossimo anno, con il completamento della fase di raccolta dati.

*Sviluppo sistema informatizzato Q-VAD*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- interfaccia per sviluppo
- test di coerenza tra progettazione e strumento realizzato e test di funzionamento
- predisposizione algoritmi per la produzione dei profili e degli indicatori

*Output:*

- indicazioni e feedback sugli esiti dei test
- algoritmi indicatori e profili

*Progetto personalizzato (revisione format di progetto e accompagnamento all'utilizzo)*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- revisione manuale
- accompagnamento all'utilizzo (help desk/formazione)

*Output:*

- manuale aggiornato e operatori formati all'utilizzo

*Attivazione flusso offerta*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- interfaccia per sviluppo
- test di verifica ricezione e qualità dei dati tramite l'utilizzo di BO

*Output:*

- indicazioni e feedback sugli esiti dei test

*Monitoraggio flussi dati (Q-VAD e offerta) e produzione reportistica*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- predisposizione modello di report annuale
- raccolta dati
- analisi dati
- elaborazione dati
- stesura report

*Output:*

- reportistica flussi

L'attività di pubblicazione report sul portale è stata rimandata al 2023 per consentire un'ulteriore verifica dei contenuti.

*Flusso dati gravissima disabilità*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- raccordo con DCS, AS e Ambiti per la definizione della strategia
- estrazione dati 2020 e 2021 dalle banche dati in uso
- elaborazione dati 2020 e 2021
- predisposizione scheda informatizzata per la raccolta dati 2022
- accompagnamento ai territori

*Output:*

- dati 2020 e 2021 trasferiti alla DCS e pronti per inserimento in SIOSS; scheda informatizzata per la raccolta dati 2022 a disposizione delle AS

*Pubblicazione e gestione Portale regionale disabilità*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- revisione contenuti alla luce delle indicazioni della Consulta
- verifica accessibilità (in collaborazione con Insiel e Consulta)
- verifica ultime modifiche di sviluppo parte pubblica (revisione periodica contenuti, pubblicazione news ed eventi, organizzazione materiali pervenuti trami la pagina contatti)
- gestione portale
- interfaccia per sviluppi Area riservata
- monitoraggio accessi

Le attività "Formazione interna su sistema di data visualization" e "Costruzione sistema di data visualization regionale relativo ai flussi disabilità" non sono state realizzate in quanto Insiel non ha messo a disposizione di Area Welfare né i formatori né il sistema di data visualization, bensì, contrariamente a quanto richiesto in merito alla possibilità di Area Welfare di essere resa autonoma su queste attività, ha costruito qualche report e qualche grafico che tuttavia non sono ancora fruibili nel portale.

*Output:*

- Portale pubblicato, attivo, aggiornato e monitorato

## **Minori**

### *Supporto alla riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per minori*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- affiancamento alla DCS nelle attività relative all'approvazione del nuovo regolamento di autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori

*Output:*

Partecipazione agli incontri di confronto sulla bozza del nuovo regolamento approvato con Decreto n. 158 del 7 dicembre 2022

### *Accompagnamento dell'applicazione delle Linee guida per la qualificazione dei percorsi di presa in carico dei minori che necessitano di accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui alla DGR 273/2020*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto alla DCS nella definizione e realizzazione delle iniziative di formazione e accompagnamento dell'applicazione delle Linee guida di cui alla DGR 273/2020

*Output:*

- partecipazione agli incontri con la DCS per la preparazione delle attività di formazione e accompagnamento degli operatori dei servizi
- predisposizione di eventuali materiali in supporto alla preparazione e realizzazione al percorso di formazione e accompagnamento
- partecipazione agli incontri di formazione e accompagnamento degli operatori dei servizi

### *Manutenzione evolutiva dei sistemi informativi a supporto delle attività nell'ambito dell'area minori*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- analisi ed elaborazione dei questionari della rilevazione ISTAT sui Presidi residenziali sociosanitari e socioassistenziali per minori della regione
- analisi ed elaborazione dei dati relativi alla presa in carico da parte dei Servizi Sociali dei Comuni dei minori accolti in comunità della regione e fuori regione e dei minori in affidamento familiare

*Output:*

- tabelle dati sui minori in carico ai servizi sociali della regione con interventi di affidamento e di accoglienza in comunità
- tabelle sui minori accolti nelle comunità residenziali per minori della regione

*Monitoraggio delle progettualità e sperimentazioni in materia di minori e famiglia*

Nel corso del 2022 AW non è stata coinvolta da DCS nell'attività di monitoraggio della programmazione integrata sociosanitaria territoriale tra servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico delle famiglie vulnerabili

*Accompagnamento dell'implementazione del programma PIPPI*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- supporto alla DCS nelle attività relative all'implementazione del programma PIPPI quale Livello Essenziale delle Prestazioni, secondo quanto previsto dal PNRR e dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali (PNS)

*Output:*

- supporto alla DCS nella definizione e realizzazione delle iniziative di formazione e accompagnamento dei SSC e DS per l'implementazione del programma secondo le modalità e tempistiche previste dal PNRR e PNS
- partecipazione alle iniziative di formazione e accompagnamento dei SSC e DS nell'implementazione del programma PIPPI

*Supporto alla realizzazione di una relazione illustrativa ai sensi dell'articolo 61 della LR 6/2006*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- Elaborazione di dati relativi agli utenti e interventi dei SSC utili alla stesura da parte della DCS di una relazione illustrativa ai sensi dell'art. 61 LR 6/2006

*Output:*

- Elaborazione dati relativi agli utenti e interventi dei SSC

**Dipendenze***Formalizzazione flusso informativo dipendenze*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- verifica dati raccolti dal nuovo sistema informativo GeDi
- eventuale richiesta adeguamento e integrazione GeDi
- stesura tracciato record regionale

Le attività relative alla stesura allegato tecnico al documento di approvazione del flusso sono state avviate ma non concluse in quanto la DCS ha ritenuto di procrastinare

*Output:*

- prime bozze tracciato record

*Monitoraggio flussi dati e produzione reportistica*

- raccolta dati
- analisi dati
- elaborazione dati
- stesura report
- raccordo con DC e ARCS per flusso SIND

*Output:*

- Report flussi dipendenze

*Nuovo gestionale GEDI*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- costituzione Gruppo operativo GeDI
- ultime attività finalizzate all'adeguamento del gestionale preliminari al rilascio
- formazione
- definizione piano formativo
- organizzazione formazione
- realizzazione attività formative preliminari al rilascio
- realizzazione attività formative gruppo esperti
- rilascio GEDI
- organizzazione rilascio in raccordo con Ciditech e Insiel
- accompagnamento on job durante il rilascio
- organizzazione e sistematizzazione eventuali criticità e osservazioni emerse durante il rilascio
- avvio stesura/revisione manuale
- accompagnamento all'utilizzo

*Output:*

- specifiche adeguamento GEDI
- piano formativo e attività formative avviate
- piano rilascio GEDI e attività di rilascio gestionale GEDI concluse

*Portale dipendenze*

Le attività relative alla progettazione e produzione dei contenuti del nuovo portale non sono state realizzate in quanto non è stato messo a disposizione Open CMS per la sua realizzazione da parte di DCS e Insiel.

*Costituzione gruppo operativo PTRI e avvio attività*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- individuazione partecipanti
- predisposizione materiali incontri
- realizzazione incontri finalizzati alla definizione del format di PTRI
- avvio definizione specifiche per adeguamento GeDi

*Output:*

- format PTRI condiviso
- prime bozze specifiche per adeguamento GeDi

**Terzo Settore***Gestione procedure finalizzate all'erogazione di finanziamenti definiti con LR 26/2020*

In applicazione di quanto disposto con i commi 33-36 dell'art.9 LR 26/2020 per l'erogazione di contributi per il sostegno del sistema di mobilità ed accessibilità a favore delle persone con limitata autosufficienza o anziane ricoverate presso servizi residenziali per anziani non autosufficienti, l'attività nell'anno 2022 è consistita nella:

- predisposizione ed emanazione di un primo bando pubblico, per il quale però non sono pervenute domande di contributo
- come da indicazione del decreto della Direzione regionale n. 3248/SPS dd. 29.11.2021, con apposito decreto sono stati riaperti i termini di presentazione delle domande ma, anche in questo caso non sono pervenute istanze di contributo
- rendicontazione all'amministrazione regionale dell'attività svolta

*Output:*

- decreto ASUGI n. 200 dd. 3.03.2022 con il quale è stato approvato il "Bando per la concessione di contributi per il sostegno del sistema di mobilità ed accessibilità a favore delle persone con limitata autosufficienza o anziane ricoverate presso servizi residenziali per anziani non autosufficienti"
- decreto ASUGI n. 795 dd. 8.09.2022 di riapertura dei termini di presentazione delle domande
- PEC prot n.103365 dd.28.10.22 di rendicontazione alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità

**Salute Mentale e NPIA***Salute Mentale – Budget individuale di salute*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- Supporto nella creazione e pulizia del database relativo alle schede di valutazione HoNoS per utenti dei CSM che usufruiscono del Budget Individuale di Salute
- Analisi statistiche dei dati

- Raccordo con DCS per nuove ipotesi di studio

*Output:*

- report di analisi profili di bisogno e loro evoluzione nei tre anni di valutazione
- PPT e materiali preparatori incontri condivisione
- partecipazione come relatore agli eventi di condivisione con i Distretti
- supporto per la redazione degli articoli scientifici basati sugli esiti

*Flusso ministeriale NPIA*

Sono state realizzate le seguenti attività:

- approfondimento dell'analisi dei processi delle NPIA
- supporto alla definizione del flusso regionale NPIA

*Output:*

- documenti analisi aggiornati, prime bozze di flusso regionale NPIA

## **Risorse Umane**

Le risorse umane che hanno operato per la realizzazione delle diverse attività sopra descritte sono composte da personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato.

Per supporto operativo di linee di lavoro è attiva una convenzione ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381 e della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 per l'inserimento lavorativo di due persone svantaggiate.

## **Fondo di finanziamento**

Per il 2022 le risorse complessivamente a disposizione per la realizzazione delle attività su esposte sono quelle definite nell'allegato della deliberazione di Giunta regionale n.321 dd. 11.03.2022:

- Tabella 1 "Finanziamento Area Welfare" € 1.200.000

Nelle tabelle di seguito si specifica la suddivisione dei costi:

<i>Costi sostenuti - Tabella 1 "Finanziamento Area Welfare"</i>	
Personale dipendente	€ 730.000
Servizi esterni	€ 90.000
Spese di trasferta	€ 3.000
Spese generali e varie	€ 72.000
<b>Totale</b>	<b>€ 895.000</b>



## **CENTRO REGIONALE UNICO AMIANTO (CRUA)**

Il Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) è il Centro Regionale presso ASUGI cui possono rivolgersi:

- tutti i cittadini direttamente o per il tramite di patronati e/o associazioni ex esposti amianto che hanno avuto pregressa esposizione professionale, domestica od ambientale all'amianto o a prodotti / manufatti contenenti amianto;
- i cittadini che desiderano informazioni relativamente alla bonifica / rimozione di materiali in amianto;
- i MMG relativamente alla sorveglianza sanitaria dei loro iscritti qualora abbiano avuto pregresse esposizioni ad amianto.

Il CRUA garantisce a tutti i cittadini le attività clinico-diagnostico, informative e di supporto, realizza le attività previste nei piani di formazione aziendale e nelle convenzioni con ASUGI, contribuire alla valorizzazione, formazione e sviluppo delle competenze del personale.

Complessivamente sono visitati 628 assistiti negli ambulatori di Monfalcone e Palmanova o in regime di consulenza presso una struttura di uno dei 3 nosocomi area isontina (Monfalcone / Gorizia) o area Bassa Friulana) Pamanova / Latisana. Gli assistiti sono stati inviati con ricetta del curante (451 assistiti) da specialisti di altri servizi (89 casi) o ci si è recati in consulenza presso la struttura di ricovero in 88 casi. Nel 2021 erano stati visitati 5223 assistiti.

A questi si aggiungono i casi portati all'attenzione del CRUA dai familiari o su richiesta di una Procura della repubblica. Si tratta di casi di persone decedute e mai precedentemente esaminati.

Infine nel 2022 ci sono state nuove 169 iscrizioni al registro con 20 casi di iscrizioni doppie cioè di assistito con esposizione professionale e domestico / familiare.

Sono stati certificati e denunciati 218 nuovi casi di malattia professionale, di cui 110 casi di placche /ispessimenti pleurici, 26 mesoteliomi della pleura e 1 peritoneale, 38 carcinomi polmonari ed infine 40 casi di asbestosi.

Il CRUA ha partecipato alle riunioni del gruppo regionale amianto coordinato dalla Direzione Centrale amianto al fine di favorire corretti interventi di bonifica ambientale.

## **IL CENTRO COLLABORATORE OMS**

Trieste rappresenta una delle esperienze più avanzate in Italia e in Europa per la deistituzionalizzazione e per i suoi servizi territoriali di salute mentale, ed è diventata un punto di riferimento internazionale.

Dal 1987, il Dipartimento di Salute Mentale è riconosciuto quale Centro Collaboratore dell'OMS per le attività di ricerca e formazione in salute mentale. Nel 2005, il DSM viene inoltre riconosciuto come Centro Leader per lo sviluppo dei servizi di salute mentale in Europa dall'OMS Europa.

Il DSM, grazie alla sua fitta rete di collaborazioni, è diventato meta di visitatori da tutto il mondo: delegazioni istituzionali, organizzazioni non governative, associazioni e cittadini vengono accolti e guidati in percorsi di conoscenza ed in/formazione sul funzionamento ed i principi del Sistema di

salute mentale. Il DSM costituisce dunque un punto di riferimento per chiunque intenda operare nella comunità, un luogo dove vedere ciò che è possibile e dove si impara dalla pratica.

Dal 2012 al 2021 hanno visitato il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste 4.694 persone provenienti dall'Italia e da 47 paesi del resto del mondo (Albania, Argentina, Australia, Austria, Belgio, Bosnia, Brasile, Bulgaria, Canada, Cina, Croazia, Danimarca, Ecuador, Finlandia, Francia, Galles, Germania, Giordania, Giappone, Grecia, India, Kosovo, Kurdistan, Iran, Macedonia, Malesia, Malta, Montenegro, Norvegia, Nuova Zelanda, Olanda, Palestina, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Sud Corea, Svezia, Svizzera, Turchia, UK, Ungheria, USA). Nel febbraio 2020 le study visit presso il DSM si sono interrotte causa pandemia da Covid 19; nel 2021 sono riprese, sebbene in modalità ridotta e nel rispetto delle restrizioni sanitarie previste.

Attualmente il Dipartimento di Salute Mentale è stato riconfermato, per il quadriennio 2018-2022, quale Centro Collaboratore dell'OMS per le attività di ricerca e formazione in salute mentale con la finalità di guidare i Paesi nei percorsi di deistituzionalizzazione, promuovere un approccio moderno allo sviluppo della salute mentale attraverso reti internazionali basate sui diritti umani e sulle buone pratiche orientate alla recovery e nell'individuare interventi per una migliore integrazione dei Servizi di Salute Mentale con le cure primarie.

A giugno 2021, nell'ambito dell'iniziativa Quality Rights, l'OMS ha pubblicato il documento "WHO Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches" identificando a livello globale i servizi di salute mentale che operano nel rispetto dei diritti umani e con un approccio orientato alla recovery. Il documento sottolinea l'importanza dello sviluppo di servizi territoriali per affrontare i disturbi di salute mentale ed individua il DSM giuliano isontino come unica eccellenza nel panorama italiano.

I progetti di cooperazione internazionale che hanno visto coinvolti gli operatori del DSM nel 2021 sono stati:

- Il progetto RING in Palestina di cui il capofila è AICS;
- Il progetto REINASSANCE in Burkina Faso di cui capofila è CVCS;
- Il progetto "Salute mentale di Comunità" in Argentina, dove il capofila è CoPerSaMM in collaborazione con l'Università nazionale di Lanus (UNLA).

Inoltre, sono state avviate le seguenti attività:

- consulenza alla provincia di Santa Fe' in Argentina per lo sviluppo di un piano provinciale per la Salute Mentale;
- progetto FAD con il Sud America che ha visto coinvolti i seguenti paesi: BRASILE, ARGENTINA, HONDURAS, COLOMBIA, ECUADOR

I progetti di ricerca ai quali il DSM di Trieste ha partecipato nel 2021 e che proseguiranno nel 2022 trattano i temi dell'Empowerment delle persone che soffrono di un disturbo di salute mentale e approfondiscono la percezione degli operatori della salute mentale circa le trasformazioni positive indotte dalla pandemia nei SSM; il primo progetto si svolge in collaborazione con il CC OMS di Lille (Francia) mentre il secondo vede come partner l'Università Vanvitelli di Napoli. Sono in fase di progettazione due progetti di ricerca in collaborazione con il CC OMS della Queen Mary University di Londra.

Il Centro Collaboratore OMS, al terzo anno della Ridesignazione 2018-2022, ha portato avanti numerose iniziative in raccordo con OMS Ginevra e OMS Europa, relativamente al workplan concordato ed ai programmi mhGAP e Quality Rights Initiative; ricordiamo tra tutte il Convegno SPDC NO RESTRAINT. In particolare sono state organizzate formazioni specifiche rivolte agli operatori ed aperte agli stakeholders. La modalità online ha favorito la partecipazione di più operatori e stakeholder alle iniziative proposte da OMS e da altri partner internazionali. In particolare, si segnala la partecipazione al MH Forum OMS, al Meeting Internazionale dei CC OMS europei ed al Global Mental Health Forum. Il CC inoltre è stato individuato da AICS Giordania e OMS Europa/INCE per presentare il processo di deistituzionalizzazione e l'organizzazione dei servizi del DSM. Il CC è stato individuato dai referenti di OMS Europa come partner della flagship initiative "Mental Health Coalition".

Le visite internazionali, nonostante la pandemia da Covid 19, sono state realizzate nel rispetto delle norme e delle indicazioni previste da ASUGI, in modo tale da permettere l'accoglienza nei servizi di visitatori da diverse parti dell'Italia e del mondo, come ad esempio: Francia, Spagna, Germania, Canada, Giappone, Albania, Bosnia, Macedonia, Serbia, Kosovo, Montenegro. Un totale di 44 persone tra operatori dei servizi, specializzandi in psichiatria e ricercatori sono venuti in presenza a conoscere il sistema di salute mentale di comunità del DSM Giuliano-Isontino ed hanno potuto visitare la mostra e l'archivio fotografico allestito presso i Servizi del DSM. Per altri visitatori sono stati attivati dei percorsi a distanza, arricchiti da video tour che spiegano e illustrano i servizi di salute mentale. Sono certamente numeri che si discostano da quelli del periodo pre-pandemia, ma connotano un continuo e forte interesse internazionale di conoscenza delle pratiche e dei principi alla base del Dipartimento di Salute Mentale.

## **CEFORMED**

Presso la sede del CENTRO DI FORMAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA sono proseguite nel 2022 le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. L'avvio del triennio di formazione 2021/2024 ha registrato l'incremento delle borse a disposizione degli studenti avendo inserito oltre ai 40 medici con borse di studio finanziate dalla Regione anche i posti per i 17 medici con borse di studio garantite tramite il finanziamento derivante dal programma PNRR Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 Sub misura: "Borse aggiuntive in formazione di medicina generale"

Sono inoltre stati ammessi, senza diritto alla borsa di studio, anche ulteriori 8 ufficiali medici.

Nel corso del 2022 è stato aggiornato l'elenco dei Tutor, medici di medicina generale disponibili ad accogliere i medici in formazione.

Il primo aprile 2022 sono stati diplomati 29 medici di cui 28 a conclusione del triennio 2018 – 2021 e uno a conclusione del triennio 2017-2020. Il 14 settembre si è tenuta una sessione straordinaria d'esame nella quale sono state diplomate ulteriori due candidate. Il Comitato di indirizzo della Scuola nella seduta del 26 gennaio ha definito le tematiche della formazione continua che verrà sviluppata nell'ambito delle riunioni delle AFT distrettuali, secondo un calendario annuale delle giornate di formazione.

Nel 2022, per riguarda la formazione continua nell'area dell'Assistenza Primaria, sono stati organizzati 3 convegni;

- Congresso dei Pediatri di Libera scelta: 27 gennaio 2022
- Convegno degli Specialisti ambulatoriali: 16 maggio 2022
- Congresso dei Medici di Medicina generale: 21 settembre 2022

Durante le giornate di formazione è stata attivato il servizio di continuità assistenziale in tutta la Regione.

## 2. ATTIVITA' DEL PERIODO

Di seguito sono riportati i risultati degli indicatori di attività ed esito presenti nelle Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2022.

### 2.1. Indicatori LEA - CORE

#### 2.1.1. P01C COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER CICLO BASE (POLIO, DIFTERITE, TETANO, EPATITE B, PERTOSSE, HIB)

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	2.304	2.462	93,58	2.062	2.162	95,4
ASUFC	3.173	3.479	91,20	3.017	3.195	94,4
ASUGI	2.354	2.570	91,60	2.180	2.336	93,3
<b>FVG</b>	<b>7.831</b>	<b>8.511</b>	<b>92,01</b>	<b>7.259</b>	<b>7.693</b>	<b>94,4</b>

STANDARD LEA: >= 95%

#### 2.1.2. P02C COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER LA 1° DOSE DI VACCINO CONTRO MORBILLO, PAROTITE, ROSOLIA (MPR)

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	2.269	2.462	92,16	2.038	2.162	94,3
ASUFC	3.136	3.479	90,14	2.951	3.195	92,4
ASUGI	2.301	2.570	89,53	2.131	2.336	91,2
FVG	7.706	8.511	90,54	7.120	7.693	92,6

STANDARD LEA: >= 95%

#### 2.1.3. P15Ca PROPORZIONE DI PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO, PER CERVICE UTERINA

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022*		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	17.868	25.418	70,3	33.778	25.505	132,4
ASUFC	29.874	40.538	73,7	46.633	41.613	112,1
ASUFGI	17.705	28.724	61,6	29.783	29.427	101,2
FVG	65.448	94.680	69,1	110.195	96.545	114,1

\* COORTE INVITATE N.B. Il denominatore fa riferimento al valore annuale, quindi il valore sarà cumulato lungo l'anno nelle prossime rilevazioni.  
STANDARD LEA: >= 60%

**2.1.4. P15Cc PROPORZIONE DI PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO, PER COLON RETTO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Giugno 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	20.720	37.770	54,86	12.263	19.372	63,30
ASUFC	35.878	70.233	51,08	22.208	37.089	59,88
ASUGI	23.615	49.249	47,95	13.586	25.740	52,78
FVG	80.213	157.251	51,01	48.057	82.200	58,46

STANDARD LEA: &gt;= 64%

**2.1.5. D03C TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO IN ETÀ ADULTA (≥ 18 ANNI) PER: COMPLICANZE (A BREVE E LUNGO TERMINE) PER DIABETE, BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) E SCOMPENSO CARDIACO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	‰	Numeratore	Denominatore	‰
ASFO	1.405	262.049	345,83	1.027	260.853	306,2
ASUFC	2.192	452.934	296,08	1.626	446.803	263,6
ASUGI	1.623	322.492	287,81	1.062	317.085	237,5
FVG	5.220	1.037.475	304,07	3.715	1.024.741	263,2

STANDARD LEA: &lt;= 305

**2.1.6. D04C TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO (PER 100.000 AB.) IN ETÀ PEDIATRICA (< 18 ANNI) PER ASMA E GASTROENTERITE**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	‰	Numeratore	Denominatore	‰
ASFO	75	49.457	162,90	30	48.620	67,1
ASUFC	46	74.382	68,13	35	71.639	54,5
ASUGI	10	50.416	21,02	11	49.727	23,4
FVG	131	174.255	81,59	76	169.986	48,8

STANDARD LEA: &lt;= 81

**2.1.7. D09Z INTERVALLO ALLARME-TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO**

Azienda	Gennaio-Dicembre 2019	Gennaio-Marzo 2022	Gennaio-Giugno 2022	Gennaio-Dicembre 2022
GORIZIA	13'45"	16' 37"	16' 30"	16' 24"
TRIESTE	14'10"	16' 23"	16' 02"	16' 14"
PORDENONE	17'29"	20' 01"	19' 18"	19' 11"
UDINE	18'18"	21' 08"	20' 24"	20' 17"
FVG	16'38"	19' 21"	18' 50"	18' 44"

STANDARD LEA: &lt;= 17'

**2.1.8. D10Z PERCENTUALE DI PRESTAZIONI, GARANTITE ENTRO I TEMPI, DELLA CLASSE DI PRIORITÀ B IN RAPPORTO AL TOTALE DI PRESTAZIONI DI CLASSE B.**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	7.536	9.928	75,91	3.886	10.582	36,7
ASUFC	12.011	18.634	64,46	9.329	19.976	46,7
ASUGI	9.790	13.949	70,18	12.130	16.266	74,6
BURLO	994	1.402	70,90	657	951	69,1
CRO	148	177	83,62	373	624	59,8
FVG	30.479	44.090	69,13	26.375	48.399	54,5

STANDARD LEA: > 90%'

**2.1.9. D27C PERCENTUALE DI RICOVERI RIPETUTI IN PSICHIATRIA SUL TOTALE DEI RICOVERI PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	18	300	6,00	20	311	6,43
ASUFC	11	211	5,21	5	187	2,67
ASUGI	25	314	7,96	18	212	8,49
FVG	54	825	6,55	43	710	6,06

STANDARD LEA: < 6,00%

**2.1.10. D30Z NUMERO DECEDUTI PER CAUSA DI TUMORE ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE SUL NUMERO DECEDUTI PER CAUSA DI TUMORE**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio-Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	298	859	34,69	288	859	33,5
ASUFC	341	1.738	19,62	253	1.738	14,6
ASUGI	346	1.358	25,48	152	1.358	11,2
FVG	985	3.955	24,91	693	3.955	17,5

\* A DENOMINATORE LA MEDIA DEI DECESSI PER TUMORE ISTAT 2017-2019. NON SONO STATE CONSIDERATE LE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

STANDARD LEA: > 35,00%'

**2.1.11. H01Z TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (ORDINARIO E DIURNO) STANDARDIZZATO PER 1000 RESIDENTI**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	‰	Numeratore	Denominatore	‰
ASFO	42.103	312.533	121,35	36.286	309.473	104,29
ASUFC	73.486	528.791	120,64	63.602	518.442	106,22
ASUGI	55.119	373.952	125,43	46.749	366.812	110,54
FVG	170.708	1.215.276	122,24	146.637	1.194.727	106,93

STANDARD: 125,00'

**2.1.12. 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**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI - PORDENONE	3.334	16.357	0,20	2.206	14.641	0,15
P.O. S.VITO-SPILIMBERGO - S.VITO	1.165	4.398	0,26	730	3.600	0,20
P.O. S.VITO-SPILIMBERGO - SPILIMBERGO	989	2.104	0,47	287	1.526	0,19
ASFO	5.488	22.859	0,24	3.223	19.767	0,16
P.O. LATISANA-PALMANOVA - LATISANA	761	3.589	0,21	667	3.914	0,17
P.O. LATISANA-PALMANOVA - PALMANOVA	579	4.666	0,12	248	2.524	0,10
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SAN DANIELE	796	6.046	0,13	492	4.484	0,11
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	896	5.271	0,17	835	4.135	0,20
P.O. S.MARIA MISERICORDIA - UDINE	4.672	25.280	0,18	3.559	22.839	0,16
ASUFC	7.704	44.852	0,17	5.801	37.896	0,15
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	3.452	19.497	0,18	2.436	15.329	0,16
P.O. GORIZIA - MONFALCONE - GORIZIA	742	4.387	0,17	550	4.235	0,13
P.O. GORIZIA-MONFALCONE - MONFALCONE	1.051	4.716	0,22	1.054	4.582	0,23
ASUGI	5.245	28.600	0,18	4.040	24.146	0,17
BURLO GAROFOLO	1.608	5.148	0,31	1.191	4.958	0,24
CRO	1.815	2.281	0,80	1.460	1.994	0,73
CDC CITTÀ DI UDINE	710	1.472	0,48	830	2.231	0,37
CDC POLICLINICO TRIESTINO - PINETA	18	46	0,39	1	19	0,05
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	538	1.161	0,46	673	1.451	0,46
CDC SAN GIORGIO	453	3.635	0,12	402	3.748	0,11
CDC SANATORIO TRIESTINO	446	1.055	0,42	359	778	0,46
FVG	24.025	111.109	0,22	17.980	96.988	0,19

STANDARD LEA: &lt;= 0,15%'



**2.1.13. H05Z PROPORZIONE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA INFERIORE A 3 GIORNI**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI - PORDENONE	67	150	44,7	27	135	20,0
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	20	27	74,1	26	43	60,5
P.O. S.VITO-SPILIMBERGO - SPILIMBERGO	82	87	94,2	80	85	94,1
ASFO	169	264	64,0	133	263	50,6
P.O. LATISANA E PALMANOVA - LATISANA	40	45	88,9	82	96	85,4
P.O. LATISANA-PALMANOVA - PALMANOVA	44	61	72,1			
P.O. S.DANIELE-TOLMEZZO - SAN DANIELE	66	77	85,7	29	43	67,4
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	71	89	79,8	70	83	84,3
P.O. S.MARIA MISERICORDIA - UDINE	231	295	78,3	232	282	82,3
ASUFC	452	567	79,7	413	504	81,9
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	79	124	63,7	28	68	41,2
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - GORIZIA	31	44	70,5	31	43	72,1
P.O. GORIZIA-MONFALCONE - MONFALCONE	52	75	69,3	51	65	78,5
ASUGI	162	243	66,7	110	176	62,5
CDC CITTÀ DI UDINE	47	48	97,9	35	36	97,2
CDC POLICLINICO TRIESTINO - SALUS	42	63	66,7	67	78	85,9
CDC SAN GIORGIO	29	37	78,3	51	53	96,2
CDC SANATORIO TRIESTINO	17	18	94,4	28	28	100,0
BURLO				1	1	100,0
FVG	918	1.240	74,03	838	1.139	73,6

STANDARD LEA: &gt;= 80%'

**2.1.14. H13C – HUB PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI - P.O. CATTINARA-MAGGIORE	348	467	74,5	269	420	64,0
ASUFC - P.O. S.MARIA MISERICORDIA	219	315	69,5	55	304	18,1
ASFO - P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	157	212	74,1	166	215	77,2

STANDARD: &gt;= 65%'

**2.1.15. H13C – SPOKE PERCENTUALE DI PAZIENTI (ETÀ 65+) CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO 2 GIORNATE IN REGIME ORDINARIO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI - P.O. GORIZIA-MONFALCONE	124	233	53,2	137	245	55,9
ASUFC - P.O. LATISANA-PALMANOVA	104	194	53,6	80	215	37,2
ASUFC - P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	157	200	78,5	180	220	81,8
ASFO - P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	59	89	66,3	23	63	36,5

STANDARD: &gt;= 80%'

**2.1.16. H17C % DI PARTI CESAREI PRIMARI IN STRUTTURE CON MENO DI 1.000 PARTI ALL'ANNO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI - P.O. CATTINARA-MAGGIORE	1	1	100,00			
ASUGI - P.O. GO - MN-MONFALCONE	76	597	12,73	88	708	12,43
ASUFC - P.O. LA-PA - LATISANA	31	207	14,98	66	448	14,73
ASUFC - P.O. LA-PA - PALMANOVA	43	342	12,57			
ASUFC - P.O. S.DA-TO - SAN DANIELE	111	741	14,98	98	683	14,35
ASUFC - P.O. S.DA-TO - TOLMEZZO	60	337	17,80	56	274	20,44
ASFO - P.O. S.VI-SP - S.VITO	92	620	14,84	70	454	15,42

STANDARD: &lt;= 15%'

**2.1.17. H18C % DI PARTI CESAREI PRIMARI IN STRUTTURE CON 1.000 PARTI E OLTRE ALL'ANNO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUFC - P.O. S.MARIA MISERICORDIA	198	1245	15,90	292	1336	21,86
ASFO - P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	175	910	19,23	180	929	19,38
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	186	1227	15,16	211	1376	15,33

STANDARD: &lt;= 25%'

**2.1.18. D14C CONSUMO PRO-CAPITE DI FARMACI SENTINELLA/TRACCIANTI. ANTIBIOTICI**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2022		
	DISTRIBUZIONE DIRETTA + DPC + CONVENZIONATA (a)	POPOLAZIONE (a)	(a)/(b)*1000
ASUGI	1.716.676	369.289	4.649
ASUFC	2.298.380	517.848	4.438
ASFO	1.516.433	310.158	4.889

STANDARD: &lt;5.652'

**2.1.19. D22Z TASSO DI PAZIENTI TRATTATI IN ADI (CIA 1)**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019 (dato siasi)			Gennaio - Dicembre 2022 (dato nuovo gestionale)		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	2.000	373.429	5,4	1.368	367.708	3,7
ASUFC	2.667	528.791	5,0	1.591	518.442	3,1
ASFO	1.357	312.533	4,3	1.431	309.473	4,6
FVG	5.993	1.214.753	4,9	4.371	1.195.623	3,7

STANDARD: &gt;= 5,0%

**2.1.20. D22Z TASSO DI PAZIENTI TRATTATI IN ADI (CIA 2)**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019 (dato siasi)			Gennaio - Dicembre 2022 (dato nuovo gestionale)		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	776	373.429	2,1	478	367.708	1,3
ASUFC	1.359	528.791	2,6	623	518.442	1,2
ASFO	553	312.533	1,8	694	309.473	2,2
FVG	2.680	1.214.753	2,2	1.788	1.195.623	1,5

STANDARD: &gt;= 2,5%

**2.1.21. D22Z TASSO DI PAZIENTI TRATTATI IN ADI (CIA 3)**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019 (dato siasi)			Gennaio - Dicembre 2022 (dato nuovo gestionale)		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	360	373.429	1,0	91	367.708	0,25
ASUFC	803	528.791	1,5	263	518.442	0,51
ASFO	359	312.533	1,1	264	309.473	0,85
FVG	1.517	1.214.753	1,2	617	1.195.623	0,52

STANDARD: &gt;= 2,0%

**2.1.22. P14C INDICATORE COMPOSITO STILI DI VITA PASSI**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2022)		
	%	IC95%	
		inf	sup
ASUGI	39,16	35,65	42,78
ASUFC	35,16	32,29	38,13
ASFO	31,90	28,30	35,73
FVG	35,53	33,62	37,49

STANDARD: 40,00%

**2.1.23. P15CB PROPORZIONE DI PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO, IN UN PROGRAMMA ORGANIZZATO, PER MAMMELLA**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	13.293	20.762	64,03	13.672	21.728	62,92
ASUFC	25.194	37.469	67,24	20.419	38.472	53,07
ASUGI	14.848	26.156	56,77	15.364	26.596	57,77
FVG	53.335	84.387	63,20	49.455	86.823	56,96

STANDARD: &gt;= 64,0%

**2.1.24. H02Z PROPORZIONE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA ESEGUITI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORE A 135 INTERVENTI ANNUI**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI - PORDENONE	237	237	100,0	155	155	100,0
ASFO	237	237	100,0	155	155	100,0
P.O. LATISANA E PALMANOVA - LATISANA	0	76	0,0	0	59	0,0
P.O. S.DANIELE TOLMEZZO - SAN DANIELE	0	128	0,0	0	84	0,0
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	0	67	0,0	0	64	0,0
P.O. S.MARIA MISERICORDIA - UDINE	356	356	100,0	372	372	100,0
ASUFC	356	627	56,8	372	579	64,2
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	206	264	78,0	189	272	69,5
P.O. GORIZIA E MONFALCONE - GORIZIA	136	136	100,0	0	131	0,0
ASUGI	342	400	85,5	189	403	46,9
CRO	421	421	100,0	445	445	100,0
CDC CITTÀ DI UDINE	0	59	0,0	0	88	0,0
FVG	1.348	1.736	77,6	716	1.225	58,4

STANDARD: &gt;= 90,00%

## 2.2. Area Perinatale

### 2.2.1. C7.3 EPISIOTOMIE DEPURATE (NTSV) PER PUNTO NASCITA

Azienda	Gennaio - Dicembre 2020			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	103	606	17,00	111	668	16,6
P.O. GORIZIA MONFALCONE-MONFALCONE	33	270	12,22	21	296	7,1
P.O. LATISANA E PALMANOVA - LATISANA	33	183	18,03	23	192	12,0
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	14	170	8,24	11	112	9,8
ASUFC	47	353	13,31	34	304	11,2
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - PORDENONE	44	399	11,03	33	386	8,5
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - S.VITO	20	185	10,81	17	176	9,7
ASFO	64	584	10,96	50	562	8,9

TARGET &lt;= VALORE 2020

Azienda	Gennaio - Dicembre 2020			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. S.DANIELE TOLMEZZO - SAN DANIELE	112	337	33,23	79	293	26,96
P.O. S.MARIA MISERICORDIA - UDINE	187	546	34,25	141	508	27,76
ASUFC	299	883	33,86	220	801	27,47

TARGET: &lt;= 19%

### 2.2.2. PARTI OPERATIVI (USO DI FORCIPE O VENTOSA) PER PUNTO NASCITA

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. S.MARIA MISERICORDIA - UDINE	150	1.113	13,5	116	1084	10,7
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI - PORDENONE	79	812	9,7	96	860	11,2
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	139	1.189	11,7	143	1266	11,3

TARGET: &lt;= 8%

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE				1	6	16,7
P.O. GORIZIA-MONFALCONE-MONFALCONE	47	599	7,85	40	658	6,1
ASUGI SPOKE	47	599	7,85	41	664	6,8
P.O. LATISANA E PALMANOVA - LATISANA	35	365	9,59	43	396	10,9
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - SAN DANIELE	21	605	3,47	53	598	8,9
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO - TOLMEZZO	21	300	7,00	20	233	8,6
ASUFC SPOKE	77	1.270	6,06	116	1227	9,5
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - S.VITO	30	428	7,01	28	403	6,9

TARGET &lt;= 7%

## 2.3. Cure palliative

### 2.3.1. TERAPIE DEL DOLORE – TEMPI DI ATTESA

	AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
		Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
Priorità B	ASFO	336	504	66,67	177	430	41,16
	ASUFC	99	527	18,79	110	675	16,30
	ASUGI	135	472	28,60	124	421	29,45
	BURLO	4	4	100,00	5	5	100,00
	CRO	662	800	82,75	259	493	52,54

TARGET &gt;= 75%

	AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
		Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
Priorità D	ASFO	499	515	96,89	488	521	93,67
	ASUFC	280	425	65,88	160	377	42,44
	ASUGI	417	508	82,09	272	420	64,76
	BURLO	6	6	100,00	4	4	100,00
	CRO	174	174	100,00	92	92	100,00

TARGET &gt;= 75%

	AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
		Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
Priorità P	ASFO	235	235	100%	293	297	98,65
	ASUFC	359	362	99%	294	295	99,66
	ASUGI	132	135	98%	128	130	98,46
	BURLO	32	32	100%	4	4	100,00
	CRO	254	254	100%	131	131	100,00

TARGET &gt;= 75%

### 2.3.2. DECESSI A DOMICILIO

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
ASUGI	681	1.144	59,53	626	1.067	58,7
ASUFC	911	1.596	57,08	919	1.670	55,0
ASFO	500	869	57,54	518	857	60,4
FVG	2.092	3.609	57,98	2063	3594	57,4

TARGET &gt;= 75%

**2.3.3. POSTI LETTO HOSPICE**

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2021	Gennaio - Dicembre 2022*	standard DGR 1965/2021
ASUGI	20	20	36
ASUFC	14	14	52
ASFO	22	22	30
FVG	56	56	118

Fonte: FLUSSI MINISTERIALI MODELLO STS.24 QUADRO G - ASSISTENZA RESIDENZIALE

**2.3.4. CONTROLLO ALGOLOGICO CON TELEMEDICINA**

AZIENDA	Gennaio - Dicembre 2022		
	Controllo algologico (televisita)	Controllo algologico	Valore
ASUGI	15	5.641	0,27%
ASUFC	13	2.606	0,50%
ASFO	80	3.532	2,27%
BURLO	0	39	0,00%
CRO	42	610	6,89%
FVG	150	12.428	1,21%

TARGET >= 5%

**2.4. Coperture vaccinali****2.4.1. COPERTURE VACCINALI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (A 36 MESI)**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	2.362	2.596	90,99	2.217	2.306	96,14
ASUFC	3.486	3.712	93,91	3.042	3.181	95,63
ASFO	2.448	2.581	94,85	2.199	2.262	97,21
TOTALE FVG	8.296	8.889	93,33	7.458	7.749	96,24

TARGET: >=95%

**2.4.2. COPERTURE VACCINALI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (MMR 2<sup>^</sup> DOSE)**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2019			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	2.470	3.014	81,95	2.288	2.661	85,98
ASUFC	3.617	4.316	83,80	3.145	3.747	83,93
ASFO	2.560	2.862	89,45	2.301	2.572	89,46
TOTALE FVG	8.647	10.192	84,84	7.734	8.980	86,12

TARGET: >=95%

**2.4.3. RECUPERO HERPES ZOSTER NEI 65 ENNI NON VACCINATI NEL 2020**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	17	4.815	0,35	1.029	4.751	21,66
ASUFC	438	6.707	6,5	2.087	6.628	31,49
ASFO	14	3.623	0,4	1.204	3.589	33,55
TOTALE FVG	469	15.145	3,1	4.320	14.968	28,86

TARGET 30%

**2.4.4. VACCINAZIONE ANTIPERTOSSE (DTAP) DONNE IN GRAVIDANZA**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio-Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	961	1.542	62,32	1.142	1.726	66,16
ASUFC	1.332	2.170	61,38	1.278	2.076	61,56
ASFO	805	1.499	53,70	787	1452	54,20

TARGET: 15%

**2.5. Programmi di screening****SCREENING CERVICE UTERINA****2.5.1. ADESIONE ALLO SCREENING DELLA CERVICE UTERINA**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	13.686	26.085	52,5%	22.309	32.590	68,5%
ASUFC	23.886	45.172	52,9%	30.736	47.722	64,4%
ASUGI	19.526	36.166	54,0%	19.757	33.392	59,2%
FVG	57.098	107.423	53,2%	72.802	113.704	64,0%

TARGET: &gt;= 60%

**2.5.2. LETTURA PAP TEST PRIMARI FINO A COMPLETA TRANSIZIONE DEL PROGRAMMA VERSO IL CENTRO DI LETTURA UNICO DI ASUGI**

Azienda erogante	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Giugno 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	4.079	5.141	79,3	299	3.133	9,5
ASUFC	8.547	8.684	98,4	3.923	4.259	92,1
ASUGI	6.993	7.053	99,1	3.932	3.994	98,4
CRO	0			0	22	0,0
FVG	19.619	20.878	94,0	8.154	11.408	71,5

TARGET &gt;= 80% ENTRO 21 GG



### 2.5.3. HPV-DNA PRIMARI E DI TUTTE LE LETTURE DEI PAP-TEST DI SCREENING SONO ANALIZZATI PRESSO IL LABORATORIO UNICO REGIONALE DELL'ANATOMIA PATOLOGICA DI ASUGI

Azienda di residenza	Gennaio - Dicembre 2021**			Luglio - Dicembre 2022***		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	8.503	13.690	62,1%	11.777	11.940	98,6%
ASUFC	15.109	23.904	63,2%	15.276	15.414	99,1%
ASUGI	19.464	19.528	99,7%	7.675	7.682	99,9%
FVG	43.076*	57.122	75,4%	34.728*	35.036	99,1%

TARGET 100%

\* ESAMI REFERTATI PRESSO IL LABORATORIO UNICO REGIONALE DI ASUGI

\*\* DONNE INVITATE NELL'ANNO E CON ESAME REFERTATO NELL'ANNO DI RIFERIMENTO.

\*\*\* DONNE INVITATE NELL'ANNO E CON ESAME EFFETTUATO E REFERTATO NEL SECONDO SEMESTRE 2022. IL DATO COMPRENDE L'ATTIVITA' DI RECUPERO DEGLI SCREENING ATTUATA A SEGUITO DEL COVID.

### 2.5.4. HPV-DNA DI TRIAGE SU ASCUS E HPV-DBA E CERVICO-CITOLOGIA DI SECONDO LIVELLO SONO ANALIZZATI PRESSO IL LABORATORIO UNICO REGIONALE DELL'ANATOMIA PATOLOGICA DI ASUGI

Azienda di residenza	Gennaio - Dicembre 2021**			Luglio - Dicembre 2022***		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	491	552	88,9%	939	941	99,8%
ASUFC	929	1.092	85,1%	1.257	1.277	98,4%
ASUGI	1.274	1.276	99,8%	680	680	100,0%
FVG	2.694*	2.920	92,3%	2.876*	2.898	99,2%

TARGET 100%

\* ESAMI REFERTATI PRESSO IL LABORATORIO UNICO REGIONALE DI ASUGI

\*\* DONNE INVITATE NELL'ANNO E CON ESAME REFERTATO NELL'ANNO DI RIFERIMENTO.

\*\*\* DONNE INVITATE NELL'ANNO E CON ESAME EFFETTUATO E REFERTATO NEL SECONDO SEMESTRE 2022. IL DATO COMPRENDE L'ATTIVITA' DI RECUPERO DEGLI SCREENING ATTUATA A SEGUITO DEL COVID.

### 2.5.5. APPUNTAMENTO PER LA COLPOSCOPIA DI II LIVELLO ENTRO 20 GIORNI LAVORATIVI DAL REFERTO POSITIVO DEL PRIMO LIVELLO

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	16	111	14,4%	22	198	11,1%
ASUFC	77	366	21,0%	77	885	8,7%
ASUGI	30	151	19,9%	49	313	15,7%
BURLO	55	386	14,2%	67	448	15,0%
CRO	35	124	28,2%	98	355	27,6%
FVG	213	1.138	18,7%	313	2.199	14,2%

TARGET >= 85% ENTRO 20 GG

**2.5.6. % DI ESAMI ISTOCITOPATOLOGICI REFERTATI ENTRO 15 GIORNI LAVORATIVI DALLA COLPOSCOPIA**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	33	33	100,0%	104	104	100,0%
ASUFC	200	207	96,6%	405	417	97,1%
ASUGI	168	190	88,4%	277	296	93,6%
CRO	39	45	86,7%	93	120	77,5%
FVG	440	475	92,6%	446	463	96,3%

TARGET &gt;=85% ENTRO 15 GG

**SCREENING COLON RETTO****2.5.7. ADESIONE ALLO SCREENING COLON RETTO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Giugno 2022*		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	31.981	59.482	53,77	12.925	30.012	43,07
ASUFC	48.456	84.934	57,05	21.269	41.693	51,01
ASFO	26.887	44.843	59,96	11.437	21.508	53,18
FVG	107.324	189.259	56,71	45.631	93.213	48,95

TARGET: &gt;= 60% \* DATO INCOMPLETO

**2.5.8. % DI CARTELLE ENDOSCOPICHE COMPILATE CORRETTAMENTE**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	1.026	1.058	97,0	893	937	95,3
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	703	788	89,2	582	620	93,9
ASUGI	1.729	1.846	93,7	1.475	1.557	94,7
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	1.104	1.150	96,0	1.183	1.193	99,2
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	872	881	99,0	678	684	99,1
P.O. LATISANA E PALMANOVA	593	597	99,3	626	626	100,0
ASUFC	2.569	2.628	97,8	2.487	2.503	99,4
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	462	513	90,1	459	519	88,4
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	482	539	89,4	460	518	88,8
ASFO	944	1.052	89,7	919	1.037	88,6
CRO	513	521	98,5	296	302	98,0

TARGET &gt;= 95%

**2.5.9. % DI ESAMI DI SECONDO LIVELLO EFFETTUATI ENTRO 30 GG DALL'ESITO POSITIVO DEL FOBT**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Ottobre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	562	789	71,2	387	449	86,19
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	448	569	78,7	269	334	80,54
TOTALE ASUGI	1010	1358	74,4	656	783	83,78
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	41	857	4,8	89	529	16,82
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	515	715	72,0	175	367	47,68
P.O. LATISANA E PALMANOVA	370	453	81,7	271	306	88,56
TOTALE ASUFC	926	2025	45,7	535	1202	44,51
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	74	336	22,0	80	235	34,04
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	189	374	50,5	141	234	60,26
TOTALE ASFO	263	710	37,0	221	469	47,12
CRO	331	412	80,3	130	160	81,25

TARGET &gt; = 90% ENTRO 30 GG

**2.5.10. % DI ESAMI ISTOCITOPATOLOGICI REFERTATI ENTRO 5 GG LAVORATIVI DALL'ESECUZIONE DELLA COLONSCOPIA**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	198	222	89,19	55	91	60,44
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	493	738	66,80	357	503	70,97
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	407	446	91,26	307	365	84,11
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	930	1.110	84	700	851	82,26

TARGET &gt; = 85% ENTRO 5 GG LAVORATIVI

**SCREENING MAMMOGRAFICO****2.5.11. ADESIONE ALLO SCREENING DELLA MAMELLA**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	15.935	25.221	63,2	19.319	29.930	64,5
ASUFC	31.800	49.870	63,8	28.853	49.755	58,0
ASUGI	21.463	33.243	64,6	21.956	35.650	61,6
FVG	69.198	108.334	63,9	70.128	115.335	60,8

TARGET: &gt; = 64%

**2.5.12. ESAMI ISOCITOPATOLOGICI REFERTATI ENTRO 5 GG LAVORATI DALL'ESECUZIONE DELL'AGO ASPIRATO**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	77	84	91,67	97	110	88,18
ASUFC	319	338	94,37	387	409	94,62
ASUGI	107	137	78,12	113	158	71,52
CRO	104	120	86,66	131	185	70,81
FVG	607	679	89,48	728	862	84,45

TARGET: &gt;= 85% ENTRO 5 GG LAVORATIVI

**2.6. Emergenza Urgenza****2.6.1. FRATTURE OPERATE ENTRO LE 48H**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE	518	806	64,3	497	741	67,1
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	203	393	51,7	294	456	64,5
ASUGI	721	1.199	60,1	791	1197	66,1
CASA DI CURA - CITTA' DI UDINE	-	-	-	2	2	100,0
P.O. LATISANA E PALMANOVA	166	345	48,1	142	372	38,2
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	329	403	81,6	377	457	82,5
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA	402	899	44,7	242	797	30,4
ASUFC	897	1.647	54,5	763	1628	46,9
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	133	189	70,4	72	145	49,7
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	568	722	78,7	592	716	82,7
ASFO	701	911	76,9	664	861	77,1
BURLO	84	93	90,3	82	86	95,3

TARGET &gt;= 70%

**2.6.2. C16.2.NA: % DI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON CODICE PRIORITA' 3 (AZZURRO) VISITATI ENTRO 60 MINUTI\***

Azienda	Luglio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%
PS BURLO GAROFOLO	3.687	4.456	82,7
PS CATTINARA	4.043	12.142	33,3
PS UDINE	3.966	11.988	33,1
PS PEDIATRICO UD	2.712	3.372	80,4
PS PORDENONE	5.098	10.714	47,6

TARGET HUB: &gt;= 70%

Azienda	Luglio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%
PS GORIZIA	2.827	4.630	61,1
PS MONFALCONE	3.167	6.520	48,6
ASUGI SPOKE	5.994	11.150	53,8
PS LATISANA	3.314	5.164	64,2
PS PALMANOVA	1.922	4.779	40,2
PS SAN DANIELE	3.392	4.873	69,6
PS TOLMEZZO	3.024	4.233	71,4
ASUFC SPOKE	11.652	19.049	61,2
PS PEDIATRICO PN	2.738	3.276	83,6
PS SAN VITO	2.748	5.036	54,6
PS SPILIMBERGO	1.301	2.023	64,3
ASFO SPOKE	6.787	10.335	65,7

TARGET SPOKE: &gt;= 80%

### 2.6.3. C16.3.NA: % DI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON CODICE PRIORITA' 4 (VERDE) VISITATI ENTRO 120 MINUTI

Azienda	Luglio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%
PS BURLO GAROFOLO	4.076	4.310	94,6
PS CATTINARA	2.076	3.325	62,4
PS UDINE	1.638	3.289	49,8
PS PEDIATRICO UD	2.232	2.365	94,4
PS PORDENONE	2.973	4.389	67,7

TARGET HUB: &gt;= 65%

Azienda	Luglio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%
PS GORIZIA	1.421	1.968	72,2
PS MONFALCONE	3.543	4.644	76,3
ASUGI SPOKE	4.964	6.612	75,1
PS LATISANA	1.611	2.332	69,1
PS PALMANOVA	1.162	2.217	52,4
PS SAN DANIELE	2.944	3.756	78,4
PS TOLMEZZO	2.348	2.771	84,7
ASUFC SPOKE	8.065	11.076	72,8
PS PEDIATRICO PN	2.994	3.261	91,8
PS SAN VITO	1.577	2.564	61,5
PS SPILIMBERGO	1.134	1.467	77,3
ASFO SPOKE	5.705	7.292	78,2

TARGET SPOKE: &gt;= 75%

**2.6.4. C16.4.1.N: PERCENTUALE DI DIMESSI (NON INVIATI AL RICOVERO) CON PERMANENZA IN PS <= 8 ORE\***

Azienda	Luglio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%
PS BURLO GAROFOLO	22.566	22.635	99,7
PS CATTINARA	29.645	34.396	86,2
PS UDINE	26.804	30.553	87,7
PS PEDIATRICO UD	12.231	12.298	99,5
PS PORDENONE	35.810	37.115	96,5

TARGET HUB: &gt;= 88%

Azienda	Luglio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	Valore
PS GORIZIA	15.035	16.206	92,8
PS MONFALCONE	27.276	29.637	92,0
ASUGI SPOKE	42.311	45.843	92,3
PS LATISANA	19.296	19.952	96,7
PS PALMANOVA	16.886	17.676	95,5
PS SAN DANIELE	23.836	25.329	94,1
PS TOLMEZZO	18.654	19.529	95,5
ASUFC SPOKE	78.672	82.486	95,4
PS PEDIATRICO PN	14.141	14.402	98,2
PS SAN VITO	16.314	17.433	93,6
PS SPILIMBERGO	7.401	8.006	92,4
ASFO SPOKE	37.856	39.841	95,0

TARGET SPOKE: &gt;= 92%

**2.6.5. % PAZIENTI CON NSTEMI CHE HANNO EFFETTUATO ALMENO UNA VISITA DI FOLLOW UP ENTRO 2 MESI DALLA DIMISSIONE**

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	146	232	62,9%	236	365	64,7%
ASUFC	292	436	67,0%	489	667	73,3%
ASUGI	268	351	76,4%	431	516	83,5%
FVG	706	1.019	69,3%	1.156	1.548	74,7%

TARGET &gt;= 60%

## 2.7. Ricoveri

### 2.7.1. POTENZIAMENTO DELLA DIALISI PERITONEALE

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASFO	201	406	49,5	196	397	49,4
ASUFC	495	874	56,6	492	845	58,2
ASUGI	277	562	49,3	268	558	48,0
FVG	973	1.842	52,8	956	1.800	53,1

TARGET <= 52%

## 2.8. Flussi informativi

### 2.8.1. SCHEDE DI MORTE INSERITE NEL SISTEMA ENTRO 3 MESI DALL'EVENTO

Azienda	Gennaio - Dicembre 2021			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	555	5.640	9,84	5.184	5.438	95,33
ASUFC	3.670	7.527	48,76	6.457	6.861	94,11
ASFO	2.753	3.763	73,16	3.578	3.576	100,06
TOTALE FVG	6.978	16.930	41,22	15.219	15.875	95,87

TARGET 98% ENTRO 3 MESI EVENTO

### 2.8.2. COMPLETAMENTO DELL'INSERIMENTO DELLE SCHEDE DI MORTE 2020 E 2019

Azienda	2019-2020			Gennaio - Aprile 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	10.338	10.605	97,48	10.351	10.605	97,60

### 2.8.3. % SCHEDE DI MORTE DEL 2018 INSERITE

Azienda	Gennaio - Dicembre 2018			Gennaio - Dicembre 2022		
	Numeratore	Denominatore	%	Numeratore	Denominatore	%
ASUGI	1.773	5.031	35,2	4.956	5.031	98,51

### 3. TEMPI DI ATTESA

I tempi di attesa di seguito riportati, fanno riferimento alle specifiche progettualità assegnate dalle Linee annuali per la gestione 2022 alle Aziende / Istituti del Servizio sanitario regionale.

Nello specifico le linee assegnavano due tipologie di obiettivi.

#### 1. Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili

Gli enti del SSR nel 2022 dovevano garantire nel corso del 2022 il rispetto per almeno il 90% delle seguenti prestazioni:

- prestazioni ambulatoriali priorità U;
- prestazioni ambulatoriali priorità B;
- ricoveri in regime di urgenza;
- ricoveri oncologici (priorità A, B, C, D);
- ricoveri non oncologici priorità A.

#### 2. Riprogrammazione delle attività considerate differibili a seguito della fine dell'emergenza Covid

L'obiettivo in questo caso era focalizzato sul recupero dei volumi e mirava a raggiungere un volume di prestazioni erogate almeno pari all'85% dei volumi registrati nel 2019. L'intervallo di confronto preso in esame riguarda il periodo maggio e dicembre ed è relativo alle seguenti prestazioni:

- prestazioni ambulatoriali priorità D
- prestazioni ambulatoriali priorità P
- ricoveri non oncologici (priorità B):
- ricoveri non oncologici (priorità C):
- ricoveri non oncologici (priorità D).

Le prestazioni monitoraggi sono quelle previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021) recepito in regione dalla DGR 1815/2019. Si precisa inoltre che, come previsto dal piano nazionale, non sono oggetto di monitoraggio le prestazioni ambulatoriali con priorità U e i ricoveri in regime di urgenza.



### 3.1. Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

#### 3.1.1. TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI

##### A. C.2.1: PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIORITA' B RESIDENTI AZIENDA (TARGET >=90%)

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
01-Prima Visita cardiologica	2.730	3.902	69,96	1.703	3.325	51,22
02-Prima Visita chirurgia vascolare	369	387	95,35	452	460	98,26
03-Prima Visita endocrinologica	319	584	54,62	457	733	62,35
04-Prima Visita neurologica	1.164	2.003	58,11	450	1.793	25,10
05-Prima Visita oculistica	2.951	3.021	97,68	2.756	2.818	97,80
06-Prima Visita ortopedica	2.881	4.070	70,79	3.457	4.336	79,73
07-Prima Visita ginecologica	540	739	73,07	266	403	66,00
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	1.906	2.897	65,79	2.809	3.577	78,53
09-Prima Visita urologica	2.166	2.264	95,67	2.091	2.204	94,87
10-Prima Visita dermatologica	5.037	5.323	94,63	2.053	3.931	52,23
11-Prima Visita fisiatrica	2.911	4.474	65,06	1.558	3.942	39,52
12-Prima Visita gastroenterologica	238	755	31,52	375	720	52,08
13-Prima Visita oncologica	188	249	75,50	255	302	84,44
14-Prima Visita pneumologica	467	1.613	28,95	719	1.794	40,08
15-Mammografia bilaterale ER						
Mammografia bilaterale	533	550	96,91	490	506	96,84
16-Mammografia monolaterale	67	73	91,78	57	64	89,06
17-TC del Torace	312	414	75,36	401	437	91,76
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	519	944	54,98	782	1.019	76,74
19-TC dell'addome superiore	25	35	71,43	14	20	70,00
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	69	112	61,61	70	80	87,50
21-TC dell'Addome inferiore	27	32	84,38	27	28	96,43
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	29	46	63,04	32	34	94,12
23-TC dell'addome completo	311	378	82,28	438	459	95,42
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	789	1.190	66,30	1.098	1.362	80,62
25-TC Cranio – encefalo	480	672	71,43	646	707	91,37
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	193	351	54,99	272	358	75,98
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	30	36	83,33	47	53	88,68
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	32	37	86,49	38	45	84,44
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	125	149	83,89	129	147	87,76
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	1	4	25,00	5	8	62,50
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	1	7	14,29	5	11	45,45
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	4	7	57,14	9	14	64,29
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	35	51	68,63	29	41	70,73

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	278	372	74,73	386	441	87,53
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	632	794	79,60	809	895	90,39
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	48	94	51,06	101	109	92,66
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	141	178	79,21	237	249	95,18
38-RM della colonna in toto	1.250	1.884	66,35	1.265	2.020	62,62
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	57	204	27,94	99	248	39,92
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	634	789	80,35	771	934	82,55
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	570	580	98,28	624	635	98,27
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	799	849	94,11	712	805	88,45
43-Ecografia dell'addome superiore	459	535	85,79	472	529	89,22
44-Ecografia dell'addome inferiore	147	180	81,67	156	183	85,25
45-Ecografia dell'addome completo	2.215	2.538	87,27	2.604	2.894	89,98
46-Ecografia bilaterale della mammella	548	673	81,43	439	610	71,97
47-Ecografia monolaterale della mammella	183	253	72,33	175	260	67,31
48-Ecografia ostetrica	2	2	100,00	2	4	50,00
49-Ecografia ginecologica	6	10	60,00	8	10	80,00
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	916	1.233	74,29	1.252	1.561	80,20
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1.091	1.320	82,65	1.557	1.615	96,41
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	50	60,00	41	50	82,00
54-Esofagogastroduodenoscopia	600	884	67,87	579	824	70,27
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	157	212	74,06	210	296	70,95
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	38	49	77,55	37	53	69,81
56-Elettrocardiogramma	1.508	1.671	90,25	1.329	1.541	86,24
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	735	991	74,17	499	792	63,01
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	20	52	38,46	21	38	55,26
60-Esame audiometrico tonale	146	197	74,11	274	290	94,48
61-Spirometria semplice	29	93	31,18	50	139	35,97
62-Spirometria globale	92	274	33,58	92	378	24,34
63-Fotografia del fundus	103	113	91,15	142	180	78,89
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	732	1.135	64,49	299	1.094	27,33

**B. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	184	372	49,46	171	329	51,98
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	39	99	39,39	17	95	17,89
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	56	109	51,38	50	95	52,63
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	16	44	36,36	13	39	33,33
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	11	12	91,67	8	8	100
Interventi chirurgici per Melanoma	35	42	83,33	34	45	75,56
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	18	33	54,55	7	64	10,94
Interventi chirurgici tumore del Polmone	76	90	84,44	79	95	83,16

**C. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' B (TARGET >=90%)**

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	34	34	100	55	60	91,67
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	14	16	87,5	36	40	90
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	3	3	100	3	3	100
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	1	2	50	0	1	0
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	-	-	-	2	2	100
Interventi chirurgici per Melanoma	12	12	100	15	15	100
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	0	1	0	1	7	14,29

**D. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' C (TARGET >=90%)**

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	C			C		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	15	15	100	14	14	100
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	45	46	97,83	36	36	100
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	1	1	100
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	1	1	100	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	-	-	-	1	1	100
Interventi chirurgici per Melanoma	5	5	100	3	3	100

**E. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' D (TARGET >=90%)**

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	D			D		
	Nei tempi	Totali	% nei tempi	Nei tempi	Totali	% nei tempi
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	2	2	100	9	9	100
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	3	3	100	1	1	100
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	-	-	-
Interventi chirurgici per Melanoma	1	1	100	1	1	100
Interventi chirurgici tumore del Polmone	1	1	100	1	1	100

**F. C.2.1: INTERVENTI NON ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

ASUGI	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	% nei tempi	Nei tempi	Totali	% nei tempi
By pass aortocoronarico	39	39	100	43	44	97,73
Angioplastica Coronarica (PTCA)	67	69	97,1	75	77	97,4
Endoarteriectomia carotidea	9	12	75	10	16	62,5
Intervento protesi anca	27	54	50	30	51	58,82
Colecistectomia laparoscopica	28	49	57,14	28	41	68,29
Coronarografia	259	261	99,23	294	295	99,66
Biopsia percutanea del Fegato	10	12	83,33	13	15	86,67
Emorroidectomia	7	14	50	2	12	16,67
Riparazione ernia inguinale	19	31	61,29	12	24	50

**3.1.2. RIPROGRAMMAZIONE ATTIVITA' CLINICAMENTE DIFFERIBILI****A. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' D RESIDENTI FVG ED EXTRA**

ASUGI	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
1-Prima Visita cardiologica	2.239	1.981		2022 >= 2019 - 15%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	267	388		2022 >= 2019 - 15%
3-Prima Visita endocrinologica	573	1.294		2022 >= 2019 - 15%
4-Prima Visita neurologica	855	1.184		2022 >= 2019 - 15%
5-Prima Visita oculistica	3.255	6.057		2022 >= 2019 - 15%
6-Prima Visita ortopedica	2.644	3.842		2022 >= 2019 - 15%
7-Prima Visita ginecologica	739	1.033		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	3.119	2.954		2022 >= 2019 - 15%
9-Prima Visita urologica	1.465	2.448		2022 >= 2019 - 15%
10-Prima Visita dermatologica	4.385	4.371		2022 >= 2019 - 15%
11-Prima Visita fisiatrica	3.858	4.211		2022 >= 2019 - 15%
12-Prima Visita gastroenterologica	461	716		2022 >= 2019 - 15%
13-Prima Visita oncologica	81	99		2022 >= 2019 - 15%
14-Prima Visita pneumologica	1.068	1.442		2022 >= 2019 - 15%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	969	1.508		2022 >= 2019 - 15%
16-Mammografia monolaterale	92	166		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	299	428		2022 >= 2019 - 15%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	605	475	95,55	%tempi >=90%
19-TC dell'addome superiore	13	13		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	57	47	94,83	%tempi >=90%
21-TC dell'Addome inferiore	5	4		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	6	2		2019<20
23-TC dell'addome completo	71	140		2022 >= 2019 - 15%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	681	604		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	241	320		2022 >= 2019 - 15%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	103	147		2022 >= 2019 - 15%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	20	27		2022 >= 2019 - 15%

ASUGI	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi D	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	17	7		2019<20
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	68	36	100,00	%tempi >=90%
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	3	0		2019<20
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	2	0		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	8	6		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	241	253		2022 >= 2019 - 15%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	249	424		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	20	77		2022 >= 2019 - 15%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	73	208		2022 >= 2019 - 15%
38-RM della colonna in toto	650	1.476		2022 >= 2019 - 15%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	41	162		2022 >= 2019 - 15%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	722	1.772		2022 >= 2019 - 15%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	576	722		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	730	1.312		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	529	844		2022 >= 2019 - 15%
44-Ecografia dell'addome inferiore	117	250		2022 >= 2019 - 15%
45-Ecografia dell'addome completo	1.868	3.001		2022 >= 2019 - 15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	699	1.098		2022 >= 2019 - 15%
47-Ecografia monolaterale della mammella	103	191		2022 >= 2019 - 15%
48-Ecografia ostetrica	7	20		2019<20
49-Ecografia ginecologica	3	22		2019<20
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	598	871		2022 >= 2019 - 15%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	749	715		2022 >= 2019 - 15%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	153	179		2022 >= 2019 - 15%
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	38	7	72,22	%tempi < 90%
54-Esofagogastroduodenoscopia	392	608		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	9	419		2019<20
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	1	116		2019<20
56-Elettrocardiogramma	1.331	1.365		2022 >= 2019 - 15%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	592	615		2022 >= 2019 - 15%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	97	132		2022 >= 2019 - 15%
59-Altri test cardiovascolari da sforzo	0	1		2019<20
60-Esame audiometrico tonale	674	941		2022 >= 2019 - 15%
61-Spirometria semplice	202	307		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	512	768		2022 >= 2019 - 15%
63-Fotografia del fundus	17	64		2019<20
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.041	777	63,84	%tempi < 90%

**B. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' P RESIDENTI FVG ED EXTRA**

ASUGI	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
1-Prima Visita cardiologica	3.264	2.664	74,18	%tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	399	364		2022 >= 2019 - 15%
3-Prima Visita endocrinologica	1.514	1.696		2022 >= 2019 - 15%
4-Prima Visita neurologica	2.236	2.609		2022 >= 2019 - 15%
5-Prima Visita oculistica	9.302	6.700	67,77	%tempi < 90%
6-Prima Visita ortopedica	3.082	2.823		2022 >= 2019 - 15%
7-Prima Visita ginecologica	4.187	3.316	73,18	%tempi < 90%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	3.868	2.448	82,97	%tempi < 90%
9-Prima Visita urologica	2.375	1.661	96,53	%tempi >=90%
10-Prima Visita dermatologica	5.855	4.458	60,12	%tempi < 90%
11-Prima Visita fisiatrica	6.143	2.772	98,68	%tempi >=90%
12-Prima Visita gastroenterologica	469	267	93,24	%tempi >=90%
13-Prima Visita oncologica	599	680		2022 >= 2019 - 15%
14-Prima Visita pneumologica	1.198	1.564		2022 >= 2019 - 15%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	6.447	6.333		2022 >= 2019 - 15%
16-Mammografia monolaterale	729	685		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	863	1.590		2022 >= 2019 - 15%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1.704	2.408		2022 >= 2019 - 15%
19-TC dell'addome superiore	24	34		2022 >= 2019 - 15%
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	129	129		2022 >= 2019 - 15%
21-TC dell'Addome inferiore	3	7		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	11	12		2019<20
23-TC dell'addome completo	158	334		2022 >= 2019 - 15%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1.953	2.891		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	495	722		2022 >= 2019 - 15%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	235	524		2022 >= 2019 - 15%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	95	133		2022 >= 2019 - 15%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	66	75		2022 >= 2019 - 15%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	151	211		2022 >= 2019 - 15%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	4	3		2019<20
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	1	5		2019<20
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	4	9		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	72	98		2022 >= 2019 - 15%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	1.289	716	89,60	%tempi < 90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	1.258	1.577		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	120	189		2022 >= 2019 - 15%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	325	577		2022 >= 2019 - 15%
38-RM della colonna in toto	1.361	2.984		2022 >= 2019 - 15%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	340	327		2022 >= 2019 - 15%

ASUGI	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	2.426	3.362		2022 >= 2019 - 15%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	5.083	6.834		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	3.277	7.022		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	2.450	2.647		2022 >= 2019 - 15%
44-Ecografia dell'addome inferiore	321	306		2022 >= 2019 - 15%
45-Ecografia dell'addome completo	2.954	5.185		2022 >= 2019 - 15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	4.183	4.536		2022 >= 2019 - 15%
47-Ecografia monolaterale della mammella	697	616		2022 >= 2019 - 15%
48-Ecografia ostetrica	1.508	2.336		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	39	30	88,24	%tempi < 90%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1.423	1.495		2022 >= 2019 - 15%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	913	488	81,37	%tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	208	92		Nessun caso per i tempi
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	87	67	100,00	%tempi >=90%
54-Esofagogastroduodenoscopia	444	257	98,32	%tempi >=90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	11	168		2019<20
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	1	69		2019<20
56-Elettrocardiogramma	11.464	9.554	94,49	%tempi >=90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	2.621	2.835		2022 >= 2019 - 15%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	897	608	92,21	%tempi >=90%
60-Esame audiometrico tonale	2.524	1.988	99,64	%tempi >=90%
61-Spirometria semplice	666	1.261		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	3.541	3.459		2022 >= 2019 - 15%
63-Fotografia del fundus	1.403	1.543		2022 >= 2019 - 15%
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	6.497	15.552		2022 >= 2019 - 15%

### C. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' B

ASUGI	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	B	B		
8 By pass aortocoronarico	50	34	97,06	%tempi>=90%
9 Angioplastica Coronarica (PTCA)	22	9	100	%tempi>=90%
10 Endoarteriectomia carotidea	29	42		2022 >= 2019 - 15%
11 Intervento protesi anca	63	140		2022 >= 2019 - 15%
13 Colectomia laparoscopica	90	68	64,71	%tempi < 90%
14 Coronarografia	61	81		2022 >= 2019 - 15%
15 Biopsia percutanea del Fegato	1	0		Nessun caso per i tempi
16 Emorroidectomia	25	32		2022 >= 2019 - 15%
17 Riparazione ernia inguinale	124	148		2022 >= 2019 - 15%

**D. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' C**

ASUGI		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		C	C	C	
8	By pass aortocoronarico	1	2		2022 >= 2019 - 15%
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	5	4	100	%tempi >= 90%
10	Endoarteriectomia carotidea	4	2	0	%tempi < 90%
11	Intervento protesi anca	129	153		2022 >= 2019 - 15%
13	Colecistectomia laparoscopica	53	90		2022 >= 2019 - 15%
14	Coronarografia	18	23		2022 >= 2019 - 15%
15	Biopsia percutanea del Fegato	1	0		Nessun caso per i tempi
16	Emorroidectomia	74	65		2022 >= 2019 - 15%
17	Riparazione ernia inguinale	303	398		2022 >= 2019 - 15%

**E. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' D**

ASUGI		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		D	D	D	
8	By pass aortocoronarico	0	1		2022 >= 2019 - 15%
11	Intervento protesi anca	21	37		2022 >= 2019 - 15%
13	Colecistectomia laparoscopica	12	5	100	%tempi >= 90%
14	Coronarografia	2	5		2022 >= 2019 - 15%
15	Biopsia percutanea del Fegato	5	1	100	%tempi >= 90%
16	Emorroidectomia	4	1	100	%tempi >= 90%
17	Riparazione ernia inguinale	85	64	73,44	%tempi < 90%



### 3.2. Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

#### 3.2.1. TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI

##### A. C.2.1: PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIORITA' B RESIDENTI AZIENDA (TARGET >=90%)

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
01-Prima Visita cardiologica	2.275	3.917	58,08	2.815	4.466	63,03
02-Prima Visita chirurgia vascolare	829	1.037	79,94	971	1.142	85,03
03-Prima Visita endocrinologica	511	946	54,02	504	1.036	48,65
04-Prima Visita neurologica	544	1.811	30,04	505	1.915	26,37
05-Prima Visita oculistica	954	1.784	53,48	617	1.619	38,11
06-Prima Visita ortopedica	1.428	3.596	39,71	848	4.167	20,35
07-Prima Visita ginecologica	1.571	1.843	85,24	1.704	2.029	83,98
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	3.088	3.959	78,00	3.328	4.367	76,21
09-Prima Visita urologica	869	1.726	50,35	759	1.844	41,16
10-Prima Visita dermatologica	1.177	2.858	41,18	1.017	3.120	32,60
11-Prima Visita fisiatrica	2.841	4.553	62,40	1.061	4.088	25,95
12-Prima Visita gastroenterologica	99	530	18,68	94	538	17,47
13-Prima Visita oncologica	201	212	94,81	117	154	75,97
14-Prima Visita pneumologica	313	1.473	21,25	286	1.338	21,38
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	531	645	82,33	697	858	81,24
16-Mammografia monolaterale	41	51	80,39	71	86	82,56
17-TC del Torace	74	271	27,31	157	343	45,77
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	432	1.336	32,34	456	1.503	30,34
19-TC dell'addome superiore	0	11	0,00	4	14	28,57
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	13	48	27,08	17	59	28,81
21-TC dell'Addome inferiore	1	5	20,00	9	20	45,00
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	11	32	34,38	11	28	39,29
23-TC dell'addome completo	59	202	29,21	101	256	39,45
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	681	1.947	34,98	730	2.082	35,06
25-TC Cranio – encefalo	440	882	49,89	397	890	44,61
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87	386	22,54	99	403	24,57
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	8	42	19,05	9	44	20,45
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	6	34	17,65	7	44	15,91
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	113	171	66,08	67	164	40,85
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	0	2	0,00	2	4	50,00
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	2	4	50,00	0	6	0,00
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	3	6	50,00	2	4	50,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	16	53	30,19	9	41	21,95

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	389	808	48,14	425	1.005	42,29
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	259	561	46,17	315	732	43,03
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	15	85	17,65	24	112	21,43
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	49	260	18,85	72	372	19,35
38-RM della colonna in toto	993	2.752	36,08	1.104	3.157	34,97
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	92	239	38,49	86	315	27,30
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	1.511	1.835	82,34	1.147	1.899	60,40
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	677	902	75,06	858	1.205	71,20
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	1.374	1.452	94,63	1.596	1.720	92,79
43-Ecografia dell'addome superiore	173	339	51,03	119	342	34,80
44-Ecografia dell'addome inferiore	95	168	56,55	52	153	33,99
45-Ecografia dell'addome completo	2.056	3.702	55,54	1.421	3.959	35,89
46-Ecografia bilaterale della mammella	470	776	60,57	506	907	55,79
47-Ecografia monolaterale della mammella	97	161	60,25	95	192	49,48
48-Ecografia ostetrica	31	67	46,27	45	81	55,56
49-Ecografia ginecologica	21	64	32,81	27	98	27,55
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	889	1.408	63,14	840	1.500	56,00
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	422	888	47,52	191	857	22,29
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	6	14	42,86	7	34	20,59
54-Esofagogastroduodenoscopia	330	780	42,31	186	751	24,77
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	301	670	44,93	185	763	24,25
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	28	67	41,79	23	81	28,40
56-Elettrocardiogramma	914	1.128	81,03	1.517	1.725	87,94
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	282	484	58,26	164	522	31,42
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	254	280	90,71	126	228	55,26
60-Esame audiometrico tonale	119	229	51,97	166	353	47,03
61-Spirometria semplice	32	136	23,53	23	141	16,31
62-Spirometria globale	170	480	35,42	77	442	17,42
63-Fotografia del fundus	0	2	0,00	-	-	-
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	250	1.013	24,68	218	1.241	17,57
70-Iniezione intravitreale	-	-	-	0	3	0,00
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	0	34	0,00	9	67	13,43

**B. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	346	619	55,9	337	661	50,98
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	6	29	20,69	14	31	45,16
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	138	172	80,23	150	191	78,53
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	27	56	48,21	31	63	49,21
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	72	106	67,92	74	126	58,73
Interventi chirurgici per Melanoma	26	67	38,81	32	65	49,23
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	18	73	24,66	9	61	14,75
Interventi chirurgici tumore del Polmone	47	86	54,65	64	98	65,31

**C. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' B (TARGET >=90%)**

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	69	72	95,83	6	10	60
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	16	26	61,54	26	45	57,78
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	23	25	92	6	6	100
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	8	10	80	3	3	100
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	3	4	75	3	3	100
Interventi chirurgici per Melanoma	-	-	-	1	1	100
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	2	6	33,33	9	18	50

**D. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' C (TARGET >=90%)**

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	C			C		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	2	2	100	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	4	4	100	7	11	63,64
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	-	-	-
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	-	-	-	2	2	100
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	-	-	-	3	3	100
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	-	-	-	1	1	100

**E. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' D (TARGET >=90%)**

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	D			D		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	-	-	-	1	1	100
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	1	1	100	-	-	-

**F. C.2.1: INTERVENTI NON ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

ASUFC	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
By pass aortocoronarico	97	127	76,38	93	126	73,81
Angioplastica Coronarica (PTCA)	56	73	76,71	36	78	46,15
Endoarteriectomia carotidea	10	83	12,05	10	103	9,71
Intervento protesi anca	29	130	22,31	43	136	31,62
Colecistectomia laparoscopica	41	102	40,2	83	149	55,7
Coronarografia	162	243	66,67	123	272	45,22
Biopsia percutanea del Fegato	139	150	92,67	117	122	95,9
Emorroidectomia	6	13	46,15	18	37	48,65
Riparazione ernia inguinale	31	70	44,29	93	274	33,94

**3.2.2. RIPROGRAMMAZIONE ATTIVITA' CLINICAMENTE DIFFERIBILI****A. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' D RESIDENTI FVG ED EXTRA**

ASUFC	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
1-Prima Visita cardiologica	4.129	5.056		2022 >= 2019 - 15%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	701	671		2022 >= 2019 - 15%
3-Prima Visita endocrinologica	1.517	3.028		2022 >= 2019 - 15%
4-Prima Visita neurologica	2.176	1.608	17,12	% tempi < 90%
5-Prima Visita oculistica	5.787	5.780		2022 >= 2019 - 15%
6-Prima Visita ortopedica	4.432	3.498	11,08	% tempi < 90%
7-Prima Visita ginecologica	2.278	3.261		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	4.237	4.475		2022 >= 2019 - 15%
9-Prima Visita urologica	1.988	1.310	14,91	% tempi < 90%
10-Prima Visita dermatologica	2.335	4.146		2022 >= 2019 - 15%
11-Prima Visita fisiatrica	5.217	4.231	27,76	% tempi < 90%
12-Prima Visita gastroenterologica	738	388	16,49	% tempi < 90%
13-Prima Visita oncologica	60	60		2022 >= 2019 - 15%
14-Prima Visita pneumologica	1.016	1.315		2022 >= 2019 - 15%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	963	1.619		2022 >= 2019 - 15%
16-Mammografia monolaterale	92	136		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	465	827		2022 >= 2019 - 15%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	850	1.372		2022 >= 2019 - 15%
19-TC dell'addome superiore	8	25		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	108	107		2022 >= 2019 - 15%
21-TC dell'Addome inferiore	6	10		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	14	13		2019<20
23-TC dell'addome completo	109	219		2022 >= 2019 - 15%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1.211	1.582		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	809	903		2022 >= 2019 - 15%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	155	209		2022 >= 2019 - 15%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	27	59		2022 >= 2019 - 15%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	26	35		2022 >= 2019 - 15%

ASUFC	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	181	212		2022 >= 2019 - 15%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	2	0		2019<20
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	2	1		2019<20
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	2	3		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	16	21		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	733	985		2022 >= 2019 - 15%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	573	791		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	34	106		2022 >= 2019 - 15%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	268	411		2022 >= 2019 - 15%
38-RM della colonna in toto	2.525	5.662		2022 >= 2019 - 15%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	250	357		2022 >= 2019 - 15%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	1.873	2.696		2022 >= 2019 - 15%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1.331	2.139		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	2.157	3.872		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	489	689		2022 >= 2019 - 15%
44-Ecografia dell'addome inferiore	173	204		2022 >= 2019 - 15%
45-Ecografia dell'addome completo	2.894	4.665		2022 >= 2019 - 15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	1.210	1.893		2022 >= 2019 - 15%
47-Ecografia monolaterale della mammella	102	153		2022 >= 2019 - 15%
48-Ecografia ostetrica	75	101		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	91	116		2022 >= 2019 - 15%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1.475	2.969		2022 >= 2019 - 15%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1.252	1.002	35,12	% tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	260	163		2019<20
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	32	32		2022 >= 2019 - 15%
54-Esofagogastroduodenoscopia	319	279		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	98	1.221		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	19	275		2019<20
56-Elettrocardiogramma	1.641	1.920		2022 >= 2019 - 15%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	780	961		2022 >= 2019 - 15%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	372	537		2022 >= 2019 - 15%
60-Esame audiometrico tonale	999	1.388		2022 >= 2019 - 15%
61-Spirometria semplice	208	292		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	537	769		2022 >= 2019 - 15%
63-Fotografia del fundus	88	155		2022 >= 2019 - 15%
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.716	1.332	45,25	% tempi < 90%

**B. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' P RESIDENTI FVG ED EXTRA**

ASUFC	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
1-Prima Visita cardiologica	4.989	3.360	89,75	% tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	609	354	16,99	% tempi < 90%
3-Prima Visita endocrinologica	2.142	1.542	67,92	% tempi < 90%
4-Prima Visita neurologica	2.968	1.956	38,68	% tempi < 90%
5-Prima Visita oculistica	15.948	8.487	40,80	% tempi < 90%
6-Prima Visita ortopedica	4.679	2.195	68,77	% tempi < 90%
7-Prima Visita ginecologica	13.061	10.798	71,43	% tempi < 90%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	4.575	2.301	90,34	%tempi >=90%
9-Prima Visita urologica	2.718	1.265	13,35	% tempi < 90%
10-Prima Visita dermatologica	5.246	2.333	29,95	% tempi < 90%
11-Prima Visita fisiatrica	5.644	2.649	91,61	%tempi >=90%
12-Prima Visita gastroenterologica	612	399	34,22	% tempi < 90%
13-Prima Visita oncologica	856	637	99,81	%tempi >=90%
14-Prima Visita pneumologica	1.370	771	53,72	% tempi < 90%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	13.402	11.320	44,91	% tempi < 90%
16-Mammografia monolaterale	1.369	1.495		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	832	921		2022 >= 2019 - 15%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	2.840	3.300		2022 >= 2019 - 15%
19-TC dell'addome superiore	19	12		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	220	192		2022 >= 2019 - 15%
21-TC dell'Addome inferiore	4	6		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	9	19		2019<20
23-TC dell'addome completo	136	154		2022 >= 2019 - 15%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	3.179	3.500		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	1.063	698	97,13	%tempi >=90%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	571	958		2022 >= 2019 - 15%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	108	105		2022 >= 2019 - 15%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	36	70		2022 >= 2019 - 15%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	163	178		2022 >= 2019 - 15%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	3	2		2019<20
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	3	6		2019<20
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	9	3		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	42	50		2022 >= 2019 - 15%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	1.006	743	84,33	% tempi < 90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	1.100	1.026		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	82	88		2022 >= 2019 - 15%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	393	521		2022 >= 2019 - 15%
38-RM della colonna in toto	3.509	2.243	96,08	%tempi >=90%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	548	435	73,53	% tempi < 90%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	4.442	2.788	52,33	% tempi < 90%

ASUFC	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	5.097	5.067		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	5.260	3.812	44,42	% tempi < 90%
43-Ecografia dell'addome superiore	1.596	1.170	61,30	% tempi < 90%
44-Ecografia dell'addome inferiore	553	152	66,67	% tempi < 90%
45-Ecografia dell'addome completo	6.484	4.403	61,64	% tempi < 90%
46-Ecografia bilaterale della mammella	13.635	12.076		2022 >= 2019 - 15%
47-Ecografia monolaterale della mammella	600	472	31,03	% tempi < 90%
48-Ecografia ostetrica	6.604	5.982		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	1.049	957		2022 >= 2019 - 15%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	2.324	1.893	83,09	% tempi < 90%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	983	635	37,82	% tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	170	122		Nessun caso per i tempi
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	36	34		2022 >= 2019 - 15%
54-Esofagogastroduodenoscopia	216	189		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	166	596		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	51	127		2022 >= 2019 - 15%
56-Elettrocardiogramma	17.968	11.073	92,93	%tempi >=90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	2.241	1.791	76,42	% tempi < 90%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	1.545	1.261	96,23	%tempi >=90%
60-Esami audiometrici tonali	4.154	3.355	86,09	% tempi < 90%
61-Spirometria semplice	1.143	1.042		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	2.635	1.910	48,98	% tempi < 90%
63-Fotografia del fundus	1.287	988		Nessun caso per i tempi
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.933	908	46,30	% tempi < 90%

### C. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' B

ASUFC	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	B	B		
8 By pass aortocoronarico	32	21	23,81	% tempi < 90%
9 Angioplastica Coronarica (PTCA)	20	18		2022 >= 2019 - 15%
10 Endoarteriectomia carotidea	53	44	6,82	% tempi < 90%
11 Intervento protesi anca	72	124		2022 >= 2019 - 15%
13 Colectomia laparoscopica	282	228	41,23	% tempi < 90%
14 Coronarografia	127	131		2022 >= 2019 - 15%
15 Biopsia percutanea del Fegato	1	2		2022 >= 2019 - 15%
16 Emorroidectomia	97	70	35,71	% tempi < 90%
17 Riparazione ernia inguinale	368	363		2022 >= 2019 - 15%

**D. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' C**

ASUFC		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		C	C	C	
8	By pass aortocoronarico	14	6	100	%tempi>=90%
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	10	6	83,33	% tempi < 90%
11	Intervento protesi anca	412	330	49,7	% tempi < 90%
13	Colecistectomia laparoscopica	75	103		2022 >= 2019 - 15%
14	Coronarografia	99	38	84,21	% tempi < 90%
15	Biopsia percutanea del Fegato	2	0		Nessun caso per i tempi
16	Emorroidectomia	76	57	64,91	% tempi < 90%
17	Riparazione ernia inguinale	407	382		2022 >= 2019 - 15%

**E. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' D**

ASUFC		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		D	D	D	
8	By pass aortocoronarico	4	0		Nessun caso per i tempi
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	4	10		2022 >= 2019 - 15%
11	Intervento protesi anca	6	2	100	%tempi>=90%
13	Colecistectomia laparoscopica	1	3		2022 >= 2019 - 15%
14	Coronarografia	72	63		2022 >= 2019 - 15%
15	Biopsia percutanea del Fegato	13	38		2022 >= 2019 - 15%
16	Emorroidectomia	2	1	100	%tempi>=90%
17	Riparazione ernia inguinale	64	21	71,43	% tempi < 90%



### 3.3. Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

#### 3.3.1. TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI

##### A. C.2.1: PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIORITA' B RESIDENTI AZIENDA (TARGET >=90%)

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
01-Prima Visita cardiologica	1.492	2.262	65,96	821	2.162	37,97
02-Prima Visita chirurgia vascolare	158	399	39,60	279	439	63,55
03-Prima Visita endocrinologica	34	518	6,56	96	507	18,93
04-Prima Visita neurologica	363	522	69,54	81	415	19,52
05-Prima Visita oculistica	828	1.108	74,73	591	1.049	56,34
06-Prima Visita ortopedica	1.043	1.997	52,23	496	1.930	25,70
07-Prima Visita ginecologica	636	662	96,07	455	522	87,16
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.247	2.427	92,58	1.444	2.565	56,30
09-Prima Visita urologica	149	944	15,78	159	1.098	14,48
10-Prima Visita dermatologica	368	1.857	19,82	278	1.966	14,14
11-Prima Visita fisiatrica	1.165	2.667	43,68	841	2.760	30,47
12-Prima Visita gastroenterologica	89	264	33,71	71	214	33,18
14-Prima Visita pneumologica	100	951	10,52	119	905	13,15
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	240	256	93,75	188	215	87,44
16-Mammografia monolaterale	42	43	97,67	20	22	90,91
17-TC del Torace	177	238	74,37	55	184	29,89
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	296	1.026	28,85	129	832	15,50
19-TC dell'addome superiore	10	14	71,43	0	4	0,00
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	20	67	29,85	5	67	7,46
21-TC dell'Addome inferiore	7	11	63,64	0	7	0,00
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	5	18	27,78	0	9	0,00
23-TC dell'addome completo	144	221	65,16	30	150	20,00
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	401	1.195	33,56	137	900	15,22
25-TC Cranio – encefalo	522	636	82,08	151	541	27,91
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	96	285	33,68	33	252	13,10
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	33	46	71,74	7	29	24,14
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	21	29	72,41	4	26	15,38
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	101	126	80,16	20	92	21,74
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	0	5	0,00	0	4	0,00
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	2	8	25,00	0	5	0,00
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	1	17	5,88	1	3	33,33
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	30	41	73,17	4	22	18,18
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	178	477	37,32	161	502	32,07

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen – Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	524	662	79,15	200	559	35,78
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	39	46	84,78	68	71	95,77
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	87	198	43,94	44	205	21,46
38-RM della colonna in toto	378	1.682	22,47	553	1.688	32,76
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	159	225	70,67	48	217	22,12
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	532	836	63,64	324	946	34,25
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	332	695	47,77	264	825	32,00
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	696	814	85,50	410	857	47,84
43-Ecografia dell'addome superiore	224	379	59,10	85	288	29,51
44-Ecografia dell'addome inferiore	79	156	50,64	36	154	23,38
45-Ecografia dell'addome completo	1.311	2.649	49,49	772	2.548	30,30
46-Ecografia bilaterale della mammella	274	370	74,05	158	215	73,49
47-Ecografia monolaterale della mammella	56	78	71,79	25	35	71,43
48-Ecografia ostetrica	1	1	100,00	4	4	100,00
49-Ecografia ginecologica	4	12	33,33	1	12	8,33
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	734	1.261	58,21	438	1.115	39,28
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	288	692	41,62	225	766	29,37
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	48	77	62,34	31	81	38,27
54-Esofagogastroduodenoscopia	354	804	44,03	160	798	20,05
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	38	75	50,67	8	78	10,26
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	3	9	33,33	3	9	33,33
56-Elettrocardiogramma	1.464	1.624	90,15	1.491	1.712	87,09
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	398	836	47,61	213	908	23,46
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	43	217	19,82	27	203	13,30
60-Esame audiometrico tonale	104	119	87,39	66	140	47,14
61-Spirometria semplice	64	134	47,76	37	193	19,17
62-Spirometria globale	78	168	46,43	8	190	4,21
63-Fotografia del fundus	0	1	0,00	0	1	0,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	313	672	46,58	173	740	23,38
70-Iniezione intravitreale	4	23	17,39	13	17	76,47
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	2	53	3,77	0	19	0,00

**B. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	130	177	73,45	114	159	71,7
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	2	16	12,5	8	35	22,86
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	52	59	88,14	54	69	78,26
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	13	20	65	7	20	35
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	41	49	83,67	42	52	80,77
Interventi chirurgici per Melanoma	15	22	68,18	25	31	80,65
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	24	29	82,76	34	46	73,91
Interventi chirurgici tumore del Polmone	12	25	48	10	28	35,71

**C. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' B (TARGET >=90%)**

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	3	3	100	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	79	112	70,54	62	81	76,54
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	2	3	66,67	0	1	0
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	2	5	40	4	5	80
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	2	3	66,67	1	1	100
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	5	12	41,67	4	14	28,57
Interventi chirurgici tumore del Polmone	1	1	100	1	1	100

**D. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' C (TARGET >=90%)**

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	C			C		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	0	1	0	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	9	11	81,82	6	6	100
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	2	2	100	-	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	3	33,33	0	3	0

**E. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' D (TARGET >=90%)**

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	D			D		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	2	3	66,67	4	5	80

**F. C2.1: INTERVENTI NON ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

ASFO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Angioplastica Coronarica (PTCA)	81	83	97,59	72	78	92,31
Endoarteriectomia carotidea	14	40	35	12	47	25,53
Intervento protesi anca	10	20	50	5	10	50
Colecistectomia laparoscopica	11	15	73,33	3	5	60
Coronarografia	277	288	96,18	291	303	96,04
Biopsia percutanea del Fegato	10	10	100	8	8	100
Emorroidectomia	2	3	66,67	5	7	71,43
Riparazione ernia inguinale	13	18	72,22	7	12	58,33

### 3.3.2. RIPROGRAMMAZIONE ATTIVITA' CLINICAMENTE DIFFERIBILI

#### A. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' D RESIDENTI FVG ED EXTRA

ASFO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D	D	
1-Prima Visita cardiologica	1.674	1.211	24,97	% tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	301	280		2022 >= 2019 - 15%
3-Prima Visita endocrinologica	734	888		2022 >= 2019 - 15%
4-Prima Visita neurologica	1.062	968		2022 >= 2019 - 15%
5-Prima Visita oculistica	1.711	1.538		2022 >= 2019 - 15%
6-Prima Visita ortopedica	1.685	2.001		2022 >= 2019 - 15%
7-Prima Visita ginecologica	610	686		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.784	2.273	28,26	% tempi < 90%
9-Prima Visita urologica	1.134	998		2022 >= 2019 - 15%
10-Prima Visita dermatologica	2.141	1.185	25,81	% tempi < 90%
11-Prima Visita fisiatrica	1.396	886	16,29	% tempi < 90%
12-Prima Visita gastroenterologica	306	261		2022 >= 2019 - 15%
14-Prima Visita pneumologica	422	298	15,89	% tempi < 90%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	278	190	38,38	% tempi < 90%
16-Mammografia monolaterale	22	10	50,00	% tempi < 90%
17-TC del Torace	272	267		2022 >= 2019 - 15%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	252	365		2022 >= 2019 - 15%
19-TC dell'addome superiore	5	5		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	50	39	93,94	%tempi >=90%
21-TC dell'Addome inferiore	6	3		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	3	4		2019<20
23-TC dell'addome completo	50	64		2022 >= 2019 - 15%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	301	535		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	228	220		2022 >= 2019 - 15%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	46	73		2022 >= 2019 - 15%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	17	13		2019<20
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	14	13		2019<20
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	67	44	37,93	% tempi < 90%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	0	1		2019<20
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	0	2		2019<20
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	0	4		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	8	5		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	120	430		2022 >= 2019 - 15%

ASFO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi D	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	150	412		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	18	78		2019<20
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	51	112		2022 >= 2019 - 15%
38-RM della colonna in toto	514	2.208		2022 >= 2019 - 15%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	38	104		2022 >= 2019 - 15%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	702	1.360		2022 >= 2019 - 15%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1.167	1.527		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	717	1.750		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	531	492		2022 >= 2019 - 15%
44-Ecografia dell'addome inferiore	272	288		2022 >= 2019 - 15%
45-Ecografia dell'addome completo	1.490	2.355		2022 >= 2019 - 15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	370	195	28,11	% tempi < 90%
47-Ecografia monolaterale della mammella	57	14	46,15	% tempi < 90%
48-Ecografia ostetrica	14	36		2019<20
49-Ecografia ginecologica	25	22		2022 >= 2019 - 15%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	521	972		2022 >= 2019 - 15%
51-Colonscopia totale con endoscopia flessibile	387	376		2022 >= 2019 - 15%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	185	128		Nessun caso per i tempi
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	36	31		2022 >= 2019 - 15%
54-Esofagogastroduodenoscopia	105	73	34,34	% tempi < 90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	82	393		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	21	277		2022 >= 2019 - 15%
56-Elettrocardiogramma	1.276	982	90,65	%tempi >=90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	739	536	22,83	% tempi < 90%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	399	160	24,24	% tempi < 90%
60-Esami audiometrici tonali	800	575	72,88	% tempi < 90%
61-Spirometria semplice	133	227		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	202	308		2022 >= 2019 - 15%
63-Fotografia del fundus	8	8		2019<20
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.189	1.124		2022 >= 2019 - 15%

**B. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' P RESIDENTI FVG ED EXTRA**

ASFO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P	P	
1-Prima Visita cardiologica	3.754	2.909	50,84	% tempi < 90%
2-Prima Visita chirurgia vascolare	290	246	37,89	% tempi < 90%
3-Prima Visita endocrinologica	855	557	36,92	% tempi < 90%
4-Prima Visita neurologica	1.232	853	68,34	% tempi < 90%
5-Prima Visita oculistica	6.058	3.266	48,17	% tempi < 90%
6-Prima Visita ortopedica	2.832	2.755		2022 >= 2019 - 15%
7-Prima Visita ginecologica	2.869	2.791		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	3.427	1.814	88,40	% tempi < 90%
9-Prima Visita urologica	1.812	1.463	61,87	% tempi < 90%
10-Prima Visita dermatologica	5.592	3.576	40,22	% tempi < 90%
11-Prima Visita fisiatrica	1.646	1.012	65,38	% tempi < 90%
12-Prima Visita gastroenterologica	316	286		2022 >= 2019 - 15%
14-Prima Visita pneumologica	768	561	67,28	% tempi < 90%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	6.395	3.415	54,10	% tempi < 90%
16-Mammografia monolaterale	605	452	67,57	% tempi < 90%
17-TC del Torace	895	434	20,83	% tempi < 90%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1.613	958	43,48	% tempi < 90%
19-TC dell'addome superiore	22	3	0,00	% tempi < 90%
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	118	32	14,29	% tempi < 90%
21-TC dell'Addome inferiore	10	3		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	30	4		Nessun caso per i tempi
23-TC dell'addome completo	238	106	42,31	% tempi < 90%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1.836	962	42,74	% tempi < 90%
25-TC Cranio – encefalo	724	317	31,03	% tempi < 90%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	241	129	27,78	% tempi < 90%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	79	51	20,00	% tempi < 90%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	33	10	0,00	% tempi < 90%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	173	29	20,00	% tempi < 90%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	2	1		2019<20
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	4	3		2019<20
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	5	2		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	40	11	50,00	% tempi < 90%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	696	499	95,14	%tempi >=90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	1.042	678	58,53	% tempi < 90%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	130	72	91,67	%tempi >=90%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	374	286	53,33	% tempi < 90%

ASFO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P	P	
38-RM della colonna in toto	2.816	2.067	96,75	%tempi >=90%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	271	246		2022 >= 2019 - 15%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	3.423	2.152	41,57	% tempi < 90%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	4.713	6.660		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	3.147	2.718		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	3.331	1.990	65,45	% tempi < 90%
44-Ecografia dell'addome inferiore	738	390	82,86	% tempi < 90%
45-Ecografia dell'addome completo	5.787	3.722	92,43	%tempi >=90%
46-Ecografia bilaterale della mammella	5.873	3.065	36,16	% tempi < 90%
47-Ecografia monolaterale della mammella	314	177	33,33	% tempi < 90%
48-Ecografia ostetrica	2.616	2.453		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	221	319		2022 >= 2019 - 15%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1.454	1.241		2022 >= 2019 - 15%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	536	468		2022 >= 2019 - 15%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	225	165		Nessun caso per i tempi
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	74	68		2022 >= 2019 - 15%
54-Esofagogastroduodenoscopia	133	128		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	599	528		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	143	365		2022 >= 2019 - 15%
56-Elettrocardiogramma	12.483	10.587	89,52	% tempi < 90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	2.045	1.872		2022 >= 2019 - 15%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	1.211	994	92,58	%tempi >=90%
60-Esame audiometrico tonale	3.378	2.494	79,51	% tempi < 90%
61-Spirometria semplice	585	581		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	534	589		2022 >= 2019 - 15%
63-Fotografia del fundus	66	51	100,00	%tempi >=90%
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	4.460	3.485	61,00	% tempi < 90%

### C. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' B

ASFO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	B	B	B	
9   Angioplastica Coronarica (PTCA)	61	55		2022 >= 2019 - 15%
10   Endoarteriectomia carotidea	27	28		2022 >= 2019 - 15%
11   Intervento protesi anca	46	119		2022 >= 2019 - 15%
13   Colectomia laparoscopica	93	62	43,55	% tempi < 90%
14   Coronarografia	164	162		2022 >= 2019 - 15%
15   Biopsia percutanea del Fegato	2	0		Nessun caso per i tempi
16   Emorroidectomia	26	30		2022 >= 2019 - 15%
17   Riparazione ernia inguinale	129	166		2022 >= 2019 - 15%

**D. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' C**

ASFO		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		C	C	C	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	2	3		2022 >= 2019 - 15%
10	Endoarteriectomia carotidea	2	0		Nessun caso per i tempi
11	Intervento protesi anca	228	232		2022 >= 2019 - 15%
13	Colecistectomia laparoscopica	46	81		2022 >= 2019 - 15%
14	Coronarografia	14	8	100	%tempi>=90%
16	Emorroidectomia	56	78		2022 >= 2019 - 15%
17	Riparazione ernia inguinale	225	326		2022 >= 2019 - 15%

**E. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' D**

ASFO		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		D	D	D	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	8	7		2022 >= 2019 - 15%
11	Intervento protesi anca	5	2	100	%tempi>=90%
13	Colecistectomia laparoscopica	6	3	33,33	% tempi < 90%
14	Coronarografia	22	18	100	%tempi>=90%
16	Emorroidectomia	17	3	0	% tempi < 90%
17	Riparazione ernia inguinale	44	19	15,79	% tempi < 90%



### 3.4. Irccs BURLO

#### 3.4.1. TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI

##### A. C.2.1: PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIORITA' B RESIDENTI AZIENDA (TARGET >=90%)

BURLO	Gen – Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
01-Prima Visita cardiologica	164	198	82,83	171	219	78,08
03-Prima Visita endocrinologica	75	96	78,13	47	102	46,08
04-Prima Visita neurologica	49	100	49,00	4	54	7,41
05-Prima Visita oculistica	251	344	72,97	319	403	79,16
06-Prima Visita ortopedica	183	282	64,89	105	236	44,49
07-Prima Visita ginecologica	99	173	57,23	455	592	76,86
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	153	225	68,00	322	351	91,74
09-Prima Visita urologica	29	32	90,63	25	32	78,13
10-Prima Visita dermatologica	146	205	71,22	187	315	59,37
12-Prima Visita gastroenterologica	78	127	61,42	127	210	60,48
13-Prima Visita oncologica	2	2	100,00	1	1	100,00
14-Prima Visita pneumologica	21	22	95,45	32	36	88,89
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	1	1	100,00	1	1	100,00
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	-	-	-	1	1	100,00
23-TC dell'addome completo	-	-	-	1	1	100,00
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	3	3	100,00	2	2	100,00
25-TC Cranio – encefalo	-	-	-	1	1	100,00
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	-	-	-	-	-	-
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	-	-	-	3	3	100,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	1	1	100,00	1	1	100,00
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	21	27	77,78	22	23	95,65
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	27	31	87,10	19	23	82,61
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	1	2	50,00	2	2	100,00
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	2	8	25,00	4	4	100,00
38-RM della colonna in toto	28	29	96,55	50	58	86,21
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	1	1	100,00	-	-	-
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	28	29	96,55	35	36	97,22
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	51	63	80,95	58	79	73,42
43-Ecografia dell'addome superiore	7	7	100,00	15	17	88,24
44-Ecografia dell'addome inferiore	9	9	100,00	11	12	91,67
45-Ecografia dell'addome completo	88	90	97,78	103	117	88,03
48-Ecografia ostetrica	10	27	37,04	9	26	34,62
49-Ecografia ginecologica	1	2	50,00	2	8	25,00
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	-	-	-	1	1	100,00

BURLO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
56-Elettrocardiogramma	24	24	100,00	25	25	100,00
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	3	3	100,00	3	5	60,00
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	1	3	33,33	1	1	100,00
60-Esame audiometrico tonale	6	8	75,00	13	14	92,86
61-Spirometria semplice	-	-	-	1	1	100,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	5	5	100,00	4	5	80,00

**B. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

BURLO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	6	7	85,71	15	15	100
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	-	1	1	100
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	51	70	72,86	41	53	77,36
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	-	-	-	1	1	100

**C. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI DI PRIORITA' B (TARGET >=90%)**

BURLO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	-	-	-	0	1	0

**D. C2.1: INTERVENTI NON ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)**

BURLO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Colecistectomia laparoscopica	1	1	100	3	5	60
Biopsia percutanea del Fegato	10	13	76,92	6	7	85,71
Riparazione ernia inguinale	14	25	56	29	43	67,44

**3.4.2. RIPROGRAMMAZIONE ATTIVITA' CLINICAMENTE DIFFERIBILI**

**A. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' D RESIDENTI FVG ED EXTRA**

BURLO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D	D	
1-Prima Visita cardiologica	229	374		2022 >= 2019 - 15%
3-Prima Visita endocrinologica	211	213		2022 >= 2019 - 15%
4-Prima Visita neurologica	82	38	0,00	% tempi < 90%
5-Prima Visita oculistica	694	799		2022 >= 2019 - 15%
6-Prima Visita ortopedica	410	552		2022 >= 2019 - 15%
7-Prima Visita ginecologica	512	657		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	665	871		2022 >= 2019 - 15%

BURLO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
9-Prima Visita urologica	42	70		2022 >= 2019 - 15%
10-Prima Visita dermatologica	862	855		2022 >= 2019 - 15%
12-Prima Visita gastroenterologica	129	213		2022 >= 2019 - 15%
13-Prima Visita oncologica	0	1		2019<20
14-Prima Visita pneumologica	38	64		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	1	0		2019<20
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	0	2		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	0	1		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	0	1		2019<20
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	1	2		2019<20
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	1	0		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	14	19		2019<20
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	4	10		2019<20
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	2	2		2019<20
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	1	0		2019<20
38-RM della colonna in toto	8	12		2019<20
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	0	3		2019<20
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	33	53		2022 >= 2019 - 15%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	157	274		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	23	31		2022 >= 2019 - 15%
44-Ecografia dell'addome inferiore	91	374		2022 >= 2019 - 15%
45-Ecografia dell'addome completo	46	130		2022 >= 2019 - 15%
48-Ecografia ostetrica	39	70		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	11	6		2019<20
56-Elettrocardiogramma	18	34		2019<20
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	19	15		2019<20
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	3	12		2019<20
60-Esame audiometrico tonale	80	111		2022 >= 2019 - 15%
61-Spirometria semplice	2	9		2019<20
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	8	3		2019<20

## B. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' P RESIDENTI FVG ED EXTRA

BURLO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
1-Prima Visita cardiologica	237	332		2022 >= 2019 - 15%
3-Prima Visita endocrinologica	186	190		2022 >= 2019 - 15%
4-Prima Visita neurologica	167	78	100,00	%tempi >=90%

BURLO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P	P	
5-Prima Visita oculistica	930	1.147		2022 >= 2019 - 15%
6-Prima Visita ortopedica	863	760		2022 >= 2019 - 15%
7-Prima Visita ginecologica	4.114	3.614		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	640	647		2022 >= 2019 - 15%
9-Prima Visita urologica	58	44	100,00	%tempi >=90%
10-Prima Visita dermatologica	672	725		2022 >= 2019 - 15%
12-Prima Visita gastroenterologica	242	262		2022 >= 2019 - 15%
13-Prima Visita oncologica	47	83		2022 >= 2019 - 15%
14-Prima Visita pneumologica	106	105		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	13	17		2019<20
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	50	84		2022 >= 2019 - 15%
19-TC dell'addome superiore	0	1		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	2	1		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	11	1		2019<20
23-TC dell'addome completo	2	2		2019<20
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	51	76		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	6	2		2019<20
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	1	3		2019<20
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	3	0		2019<20
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	1	1		2019<20
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	0	3		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	2	3		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	63	51	100,00	%tempi >=90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	39	30	88,89	% tempi < 90%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	52	65		2022 >= 2019 - 15%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	12	33		2019<20
38-RM della colonna in toto	75	55	94,44	%tempi >=90%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	14	14		2019<20
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	226	248		2022 >= 2019 - 15%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	392	666		2022 >= 2019 - 15%
43-Ecografia dell'addome superiore	81	58	100,00	%tempi >=90%
44-Ecografia dell'addome inferiore	1.159	1.361		2022 >= 2019 - 15%
45-Ecografia dell'addome completo	582	792		2022 >= 2019 - 15%
48-Ecografia ostetrica	4.378	4.092		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	666	620		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	1	0		2019<20
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	0	1		2019<20

BURLO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
56-Elettrocardiogramma	208	241		2022 >= 2019 - 15%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	66	149		2022 >= 2019 - 15%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	22	68		2022 >= 2019 - 15%
60-Esame audiometrico tonale	775	781		2022 >= 2019 - 15%
61-Spirometria semplice	481	525		2022 >= 2019 - 15%
62-Spirometria globale	3	0		2019<20
63-Fotografia del fundus	15	83		2019<20
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	136	20	100,00	%tempi >=90%

**C. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' B**

BURLO		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		B	B		
13	Colecistectomia laparoscopica	1	1		2022 >= 2019 - 15%
15	Biopsia percutanea del Fegato	4	1	0	% tempi < 90%
17	Riparazione ernia inguinale	25	20	15	% tempi < 90%

**D. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' C**

BURLO		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		C	C		
17	Riparazione ernia inguinale	7	20		2022 >= 2019 - 15%

**E. C2.2 INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI: PRIORITA' D**

BURLO		Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		D	D		
17	Riparazione ernia inguinale	2	6		2022 >= 2019 - 15%

### 3.5. Irccs CRO

#### 3.5.1. TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SANITARIE INDIFFERIBILI

##### A. C.2.1: PRESTAZIONI AMBULATORIALI PRIORITA' B RESIDENTI AZIENDA (TARGET >=90%)

CRO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
07-Prima Visita ginecologica	210	210	100,00	158	244	64,75
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	22	24	91,67	28	35	80,00
09-Prima Visita urologica	14	15	93,33	11	13	84,62
11-Prima Visita fisiatrica	0	2	0,00	2	4	50,00
12-Prima Visita gastroenterologica	115	302	38,08	55	259	21,24
13-Prima Visita oncologica	502	622	80,71	630	643	97,98
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	39	44	88,64	40	104	38,46
16-Mammografia monolaterale	2	2	100,00	6	8	75,00
17-TC del Torace	4	11	36,36	26	42	61,90
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	57	129	44,19	290	421	68,88
19-TC dell'addome superiore	0	1	0,00	-	-	-
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	2	4	50,00	8	12	66,67
21-TC dell'Addome inferiore	-	-	-	0	3	0,00
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	1	1	100,00	0	0	-
23-TC dell'addome completo	1	5	20,00	15	32	46,88
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	65	139	46,76	273	410	66,59
25-TC Cranio – encefalo	2	5	40,00	21	48	43,75
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	5	20	25,00	82	112	73,21
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	-	-	-	0	1	0,00
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	-	-	-	0	1	0,00
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	-	-	-	0	1	0,00
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	1	2	50,00	0	3	0,00
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	3	4	75,00	3	5	60,00
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	18	25	72,00	15	37	40,54
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	3	4	75,00	0	2	0,00
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	21	42	50,00	10	49	20,41
38-RM della colonna in toto	7	24	29,17	10	35	28,57
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	4	8	50,00	1	14	7,14
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	33	49	67,35	51	96	53,13
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1	1	100,00	1	3	33,33
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	4	5	80,00	-	-	-

CRO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
43-Ecografia dell'addome superiore	24	35	68,57	31	54	57,41
44-Ecografia dell'addome inferiore	1	4	25,00	1	6	16,67
45-Ecografia dell'addome completo	66	138	47,83	159	325	48,92
46-Ecografia bilaterale della mammella	115	166	69,28	96	317	30,28
47-Ecografia monolaterale della mammella	51	72	70,83	25	80	31,25
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	14	16	87,50	0	0	-
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	77	173	44,51	64	91	70,33
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	-	-	-	1	1	100,00
54-Esofagogastroduodenoscopia	41	49	83,67	50	62	80,65
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	14	14	100,00	15	17	88,24
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	5	6	83,33	2	3	66,67
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	5	6	83,33	9	13	69,23
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	0	1	0,00	-	-	-

#### B. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)

CRO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	409	414	98,79	424	432	98,15
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	47	49	95,92	28	29	96,55
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	25	26	96,15	18	20	90
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	78	98	79,59	60	75	80
Interventi chirurgici per Melanoma	55	56	98,21	53	56	94,64
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	100	-	-	-

#### C. C2.1: INTERVENTI ONCOLOGICI PRIORITA' B (TARGET >=90%)

CRO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	B			B		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	16	16	100	12	12	100
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	-	2	3	66,67
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	3	4	75	3	3	100
Interventi chirurgici per Melanoma	4	4	100	-	-	-

#### D. C2.1: INTERVENTI NON ONCOLOGICI PRIORITA' A (TARGET >=90%)

CRO	Gen - Dic 2021			Gen - Dic 2022		
	A			A		
	Nei tempi	Totali	%	Nei tempi	Totali	%
Colecistectomia laparoscopica	6	6	100	2	2	100
Biopsia percutanea del Fegato	15	15	100	9	9	100
Emorroidectomia	,	,	,	1	1	100
Riparazione ernia inguinale	4	4	100	4	4	100

### 3.5.2. RIPROGRAMMAZIONE ATTIVITA' CLINICAMENTE DIFFERIBILI

#### A. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' D RESIDENTI FVG ED EXTRA

CRO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi D	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
7-Prima Visita ginecologica	34	210		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	9	20		2019<20
9-Prima Visita urologica	3	6		2019<20
11-Prima Visita fisiatrica	7	7		2019<20
12-Prima Visita gastroenterologica	174	82	54,55	% tempi < 90%
13-Prima Visita oncologica	187	517		2022 >= 2019 - 15%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	53	110		2022 >= 2019 - 15%
16-Mammografia monolaterale	25	21	0,00	% tempi < 90%
17-TC del Torace	7	11		2019<20
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	50	41	23,81	% tempi < 90%
19-TC dell'addome superiore	2	2		2019<20
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	3	1		2019<20
21-TC dell'Addome inferiore	0	1		2019<20
23-TC dell'addome completo	2	4		2019<20
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	51	39	21,05	% tempi < 90%
25-TC Cranio – encefalo	2	5		2019<20
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	12	8		2019<20
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	1	0		2019<20
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	1	0		2019<20
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	0	2		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	2	0		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	4	15		2019<20
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	20	61		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	6	6		2019<20
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	76	102		2022 >= 2019 - 15%
38-RM della colonna in toto	21	82		2022 >= 2019 - 15%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	6	17		2019<20
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	69	256		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	2	3		2019<20
43-Ecografia dell'addome superiore	17	16		2019<20
44-Ecografia dell'addome inferiore	1	2		2019<20
45-Ecografia dell'addome completo	93	135		2022 >= 2019 - 15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	94	176		2022 >= 2019 - 15%
47-Ecografia monolaterale della mammella	21	14	0,00	% tempi < 90%
49-Ecografia ginecologica	0	5		2019<20



CRO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	D	D		
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	0	1		2019<20
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	181	123	38,46	% tempi < 90%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	53	43		Nessun caso per i tempi
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	5	4		2019<20
54-Esofagogastroduodenoscopia	28	14	69,62	% tempi < 90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	138	183		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	40	19	80,00	% tempi < 90%

## B. C2.2: PRESTAZIONI AMBULATORIALI - VOLUMI EROGATI PRIORITA' P RESIDENTI FVG ED EXTRA

CRO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P		
7-Prima Visita ginecologica	286	258		2022 >= 2019 - 15%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	139	109	97,92	%tempi >=90%
9-Prima Visita urologica	38	39		2022 >= 2019 - 15%
11-Prima Visita fisiatrica	90	56	100,00	%tempi >=90%
12-Prima Visita gastroenterologica	264	162	90,16	%tempi >=90%
13-Prima Visita oncologica	2.092	1.248	97,17	%tempi >=90%
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	1.126	1.206		2022 >= 2019 - 15%
16-Mammografia monolaterale	485	508		2022 >= 2019 - 15%
17-TC del Torace	248	135	100,00	%tempi >=90%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	805	658	39,47	% tempi < 90%
19-TC dell'addome superiore	49	64		2022 >= 2019 - 15%
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	35	40		2022 >= 2019 - 15%
21-TC dell'Addome inferiore	5	22		2019<20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	3	0		2019<20
23-TC dell'addome completo	75	57		Nessun caso per i tempi
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	789	677		2022 >= 2019 - 15%
25-TC Cranio – encefalo	59	19	100,00	%tempi >=90%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	154	162		2022 >= 2019 - 15%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	3	3		2019<20
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	6	3		2019<20
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	6	6		2019<20
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	2	0		2019<20
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	1	1		2019<20

CRO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
	n. prestazioni	n. prestazioni		
	P	P	P	
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	3	3		2019<20
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	14	18		2019<20
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	48	37	100,00	%tempi >=90%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	343	360		2022 >= 2019 - 15%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	34	47		2022 >= 2019 - 15%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	488	396	99,19	%tempi >=90%
38-RM della colonna in toto	123	110		2022 >= 2019 - 15%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	84	102		2022 >= 2019 - 15%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	446	1.195		2022 >= 2019 - 15%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	30	9	80,00	% tempi < 90%
43-Ecografia dell'addome superiore	129	98	37,50	% tempi < 90%
44-Ecografia dell'addome inferiore	11	12		2019<20
45-Ecografia dell'addome completo	306	680		2022 >= 2019 - 15%
46-Ecografia bilaterale della mammella	1.904	2.232		2022 >= 2019 - 15%
47-Ecografia monolaterale della mammella	429	420		2022 >= 2019 - 15%
49-Ecografia ginecologica	1	2		2019<20
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	137	663		2022 >= 2019 - 15%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	261	263		2022 >= 2019 - 15%
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	101	93		2022 >= 2019 - 15%
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	64	34	100,00	%tempi >=90%
54-Esofagogastroduodenoscopia	114	64	96,67	%tempi >=90%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	240	290		2022 >= 2019 - 15%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	102	64	100,00	%tempi >=90%
69-EMG dinamica dell'arto superiore	0	1		2019<20

### C. C2.2: INTERVENTI CHIRURGICI – VOLUMI EROGATI PRIORITA' B

	CRO	Mag - Dic 2019	Mag - Dic 2022	% nei tempi	Valutazione periodo Mag- Dic
		n. prestazioni	n. prestazioni		
		B	B	B	
15	Biopsia percutanea del Fegato	1	1		2022 >= 2019 - 15%
16	Emorroidectomia	0	2		2022 >= 2019 - 15%
17	Riparazione ernia inguinale	1	5		2022 >= 2019 - 15%

## 5. INVESTIMENTI

La sezione investimenti relativamente all'apertura e chiusura del bilancio di esercizio e dei relativi rendiconti non si occupa nello specifico di spesa corrente, bensì dell'andamento della spesa in conto capitale, assegnata con vari decreti a seguito di delibere di Giunta Regionale relative agli interventi edili impiantistici (di seguito EI) e ai beni mobili e tecnologici (BMT), e non ancora rendicontata alla Regione.

Tali investimenti, pertanto, non sono mai riferiti alla sola annualità oggetto di analisi, ma a tutte le annualità interessate, a partire da quella di assegnazione del finanziamento.

In particolare, i dati forniti dagli Enti del SSR riguardano tutti i decreti di finanziamento assegnati a seguito della LR 26/2015, a partire dall'anno 2016.

L'avanzamento della spesa al 31.12.2022 era rilevabile, in maniera parziale, nell'operazione di riaccertamento dei residui, in cui ARCS dal 2021 viene coinvolta. Il riaccertamento, però, non tiene in considerazione tutta la partita dei fondi già trasferiti agli Enti del SSR, che dal 2018 è diventata prassi consolidata.

Sono state predisposte le tabelle e i grafici riportati di seguito, nei quali vengono riepilogati i dati relativi ai bilanci consuntivi 2022 approvati dai singoli Enti.

Nella fase istruttoria è stata effettuata una verifica di tali dati rapportando gli stessi a quelli già analizzati in sede di consolidato consuntivo 2020, di II e III rendiconto e di consolidato consuntivo 2021, di I, II e III rendiconto 2022. I dati sono stati confrontati con le somme liquidate e da liquidare (in particolare in conto residui) da parte della Regione. Inoltre, laddove fossero state riscontrate anomalie rispetto ai monitoraggi precedenti (ad esempio: valori inferiori rispetto a trimestri precedenti) questi sono stati rettificati d'ufficio ed evidenziati **in colore rosso** per la rappresentazione di tabelle e grafici e segnalate opportunamente nei data base a disposizione e nelle tabelle riassuntive di seguito riportate.

Nella predisposizione delle suddette tabelle non si è tenuto conto di eventuali finanziamenti soggetti a regole specifiche e indicati separatamente dalla Regione (quali finanziamenti di interventi di investimento di rilievo regionale, interventi rientranti nella programmazione POR FESR, interventi finanziati ai sensi del D.L. 18/2020).

Sono stati, inoltre, esclusi interventi indicati dagli Enti nei rispettivi consuntivi che non sono stati finanziati con fondi regionali in conto capitale, in particolare quelli coperti da fondi statali e dall'utilizzo di utili di bilancio.

Stante l'importanza strategica, nell'attività legata agli investimenti, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), si è ritenuto opportuno rappresentarne l'andamento con tabelle dedicate.

La situazione complessiva risulta quindi essere la seguente:

**Tabella 1 - Avanzamento della spesa per investimenti del SSR**

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/03/2022	RENDICONTO 30/06/2022	RENDICONTO 30/09/2022	CONSUNTIVO 31/12/2022	%	RESIDUO
ASFO	166.669.434,55	22.891.710,28	24.088.452,18	25.081.702,69	26.959.972,14	16%	145.777.144,51
ASUFC	306.444.400,98	44.559.165,10	45.688.676,47	49.736.368,41	55.883.385,41	18%	214.264.663,24
ASUGI	247.221.338,59	55.340.356,39	58.468.484,09	59.696.969,85	70.336.629,33	28%	176.884.709,26
BURLO	25.049.822,24	8.300.404,41	9.146.347,73	10.044.984,79	11.573.235,25	46%	13.476.586,99
CRO	40.211.396,08	3.759.634,88	3.851.215,86	3.923.191,31	4.030.368,36	10%	36.181.027,72
<b>TOTALE</b>	<b>785.596.392,44</b>	<b>134.851.271,06</b>	<b>141.243.176,33</b>	<b>148.483.217,05</b>	<b>168.783.590,49</b>	<b>21%</b>	<b>586.584.131,72</b>

**Tabella 2 - Avanzamento della spesa per investimenti PNRR**

DECRETO	FINANZIATO	CONSUNTIVO 31/12/2022	%	RESIDUO
ASFO	19.339.189,00	1.217.089,75	6%	18.122.099,25
ASUFC	35.631.137,76	168.804,13	0%	35.462.333,63
ASUGI	42.728.151,66	4.230.795,60	10%	38.497.356,06
BURLO	294.400,00	-	0%	294.400,00
CRO	23.575.330,00	-	0%	23.575.330,00
<b>TOTALE</b>	<b>121.568.208,42</b>	<b>5.616.689,48</b>	<b>5%</b>	<b>115.951.518,94</b>

Di seguito viene analizzata la situazione Ente per Ente, secondo i seguenti principi:

- situazione investimenti
- andamento investimenti
- investimenti conclusi e, pertanto, rendicontabili
- situazione investimenti PNRR

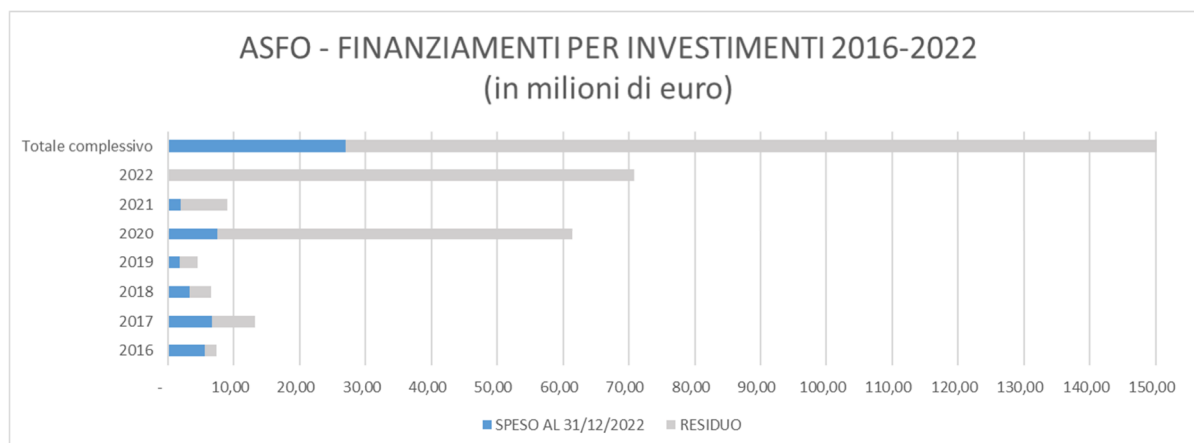
## AZIENDA SANITARIA "FRIULI OCCIDENTALE" (ASFO)

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

**Tabella 3- Situazione investimenti ASFO 2016-2022**

Decreto	FINANZIATO	RENDICONTO AZIENDA 31/03/2022	RENDICONTO AZIENDA 30/06/2022	RENDICONTO AZIENDA 30/09/2022	CONSUNTIVO AZIENDA 31/12/2022	%	RESIDUO
Finanziato		166.729.434,55	166.729.434,55	166.729.434,55	166.729.434,55		
1476/SPS del 24/11/2016	2.844.000,00	2.844.000,00	2.844.000,00	2.844.000,00	2.844.000,00	100%	-
1484/SPS del 24/11/2016	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	100%	-
1532/SPS del 28/11/2016	320.993,10	320.993,10	320.993,10	320.993,10	320.993,10	100%	-
1579/SPS del 30/11/2016	1.930.000,00	337.508,55	337.508,55	337.508,55	337.508,55	17%	1.592.491,45
1599/SPS del 01/12/2016	600.000,00	427.351,95	427.351,95	427.351,95	427.351,95	71%	172.648,05
1605/SPS del 01/12/2016	1.580.000,00	1.580.000,00	1.580.000,00	1.580.000,00	1.580.000,00	100%	-
953/SPS del 18/07/2017	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	100%	-
1133/SPS del 24/08/2017	2.413.127,27	2.413.127,27	2.413.127,27	2.413.127,27	2.413.127,27	100%	-
1140/SPS del 24/08/2017	5.786.872,73	693.488,43	693.488,43	831.023,63	924.765,84	16%	4.862.106,89
1621/SPS del 22/11/2017	272.993,51	272.993,51	272.993,51	272.993,51	272.993,51	100%	-
1556/SPS del 16/11/2017	115.000,00	102.661,68	102.661,68	102.661,68		0%	115.000,00
1673/SPS del 24/11/2017	4.550.000,00	2.965.198,81	2.965.198,81	2.986.112,09	2.986.112,09	66%	1.563.887,91
846/SPS del 07/06/2018	939.548,86	933.776,91	933.776,91	939.548,86	939.548,86	100%	-
1480/SPS del 09/10/2018	3.340.000,00	800.000,00	800.000,00	800.000,00	834.148,74	25%	2.505.851,26
1481/SPS del 09/10/2018	1.354.500,00	1.354.500,00	1.354.500,00	1.354.500,00	1.354.500,00	100%	-
1576/SPS del 25/10/2018	750.000,00	-	-	-	-	0%	750.000,00
1910/SPS del 29/11/2018	200.000,00	179.999,99	179.999,99	179.999,99	180.000,00	90%	20.000,00
1962/SPS del 15/10/2019	4.000.000,00	1.157.353,09	1.238.235,81	1.304.418,12	1.382.262,73	35%	2.617.737,27
1965/SPS del 15/10/2019	330.310,15	289.504,83	289.504,83	289.997,00	289.997,00	88%	40.313,15
2525/SPS del 25/11/2019	115.000,00	106.104,42	106.104,42	106.104,42	112.741,22	98%	2.258,78
429/SPS del 06/03/2020	48.927.664,74	767.225,17	778.051,35	856.175,14	1.134.832,42	2%	47.792.832,32
1902/SPS del 02/10/2020	6.298.192,01	2.905.290,83	3.306.265,88	3.894.361,61	4.159.807,45	66%	2.138.384,56
1903/SPS del 02/10/2020	5.850.000,00	1.177.595,46	1.440.368,35	1.473.222,27	1.908.859,62	33%	3.941.140,38
2599/SPS del 26/11/2020	330.310,15	296.259,39	299.594,50	315.632,51	330.310,15	100%	-
3181/SPS del 25.11.2021	18.487,85	18.487,85	18.487,85	18.487,85	18.487,85	100%	-
3189/SPS del 25/11/2021	7.408.959,92				596.791,31	8%	6.812.168,61
3190/SPS del 25.11.2021	1.500.000,00	848.289,04	1.286.238,99	1.333.483,14	1.356.359,48	90%	143.640,52
25880/GRFVG del 25/11/2022	34.555.624,68				-	0%	34.555.624,68
25888/GRFVG del 25/11/2022	11.298.413,44				-	0%	17.366.095,54
26263/GRFVG del 28/11/2022	3.300.960,00				-	0%	3.300.960,00
26267/GRFVG del 28/11/2022	15.000.000,00				-	0%	15.000.000,00
27164/GRFVG del 29/11/2022	540.000,00				154.473,00	29%	385.527,00
27935/GRFVG del 30/11/2022	98.476,14				-	0%	98.476,14
<b>Totale complessivo</b>	<b>166.729.434,55</b>	<b>22.891.710,28</b>	<b>24.088.452,18</b>	<b>25.081.702,69</b>	<b>26.959.972,14</b>		<b>145.777.144,51</b>
	%	14%	14%	15%	16%		

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



**GRAFICO 1 – ANDAMENTO DELLA SPESA PER INVESTIMENTI ASFO**

Gli investimenti che, al 31.12.2022, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

**Tabella 4 - Investimenti conclusi e rendicontabili ASFO**

Decreto	Finanziato
1476/SPS del 24/11/2016	2.844.000,00
1484/SPS del 24/11/2016	60.000,00
1532/SPS del 28/11/2016	320.993,10
1605/SPS del 01/12/2016	1.580.000,00
953/SPS del 18/07/2017	40.000,00
1133/SPS del 24/08/2017	2.413.127,27
1621/SPS del 22/11/2017	272.993,51
846/SPS del 07/06/2018	939.548,86
1481/SPS del 09/10/2018	1.354.500,00
2599/SPS del 26/11/2020	330.310,15
3181/SPS del 25.11.2021	18.487,85

Infine, si riporta una tabella specifica per gli interventi PNRR.

**Tabella 5 – Andamento degli investimenti PNRR di ASFO**

Decreto	Finanziato PNRR	CONSUNTIVO 31/12/2022	Residuo PNRR
26963/GRFVG del 29/11/2022	173.996,00	132.187,00	41.809,00
26964/GRFVG del 29/11/2022	463.712,00	-	463.712,00
26965/GRFVG del 29/11/2022	183.000,00	-	183.000,00
26966/GRFVG del 29/11/2022	176.436,00	132.187,00	44.249,00
26967/GRFVG del 29/11/2022	318.800,00	-	318.800,00
26968/GRFVG del 29/11/2022	288.800,00	-	288.800,00
26975/GRFVG del 29/11/2022	2.669.306,00	-	2.669.306,00
26976/GRFVG del 29/11/2022	2.669.306,00	-	2.669.306,00
26988/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26989/GRFVG del 29/11/2022	290.148,00	-	290.148,00
26990/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26991/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
27010/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27011/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27012/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27013/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27014/GRFVG del 29/11/2022	3.799.680,00	-	3.799.680,00
27935/GRFVG del 30/11/2022	1.829.200,00	952.715,75	876.484,25
<b>Totale complessivo</b>	<b>19.339.189,00</b>	<b>1.217.089,75</b>	<b>18.122.099,25</b>

## AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA "FRIULI CENTRALE" (ASUFC)

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

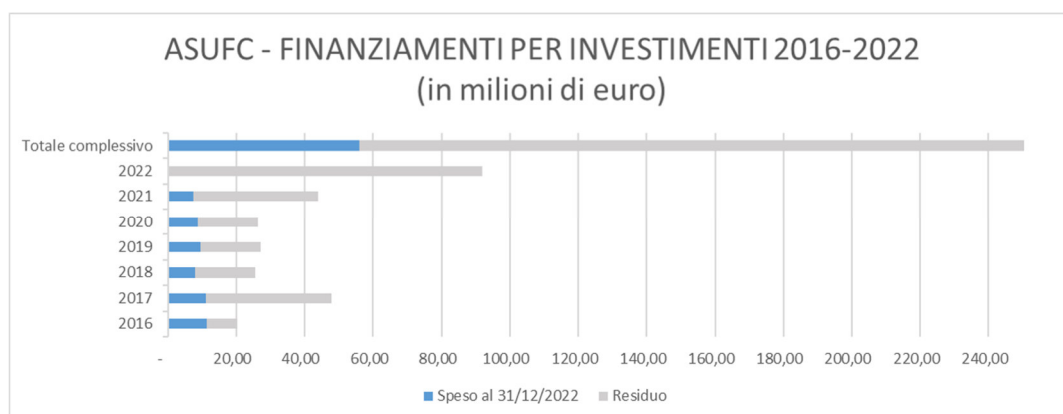
**Tabella 6- Situazione investimenti ASUFC 2016-2022**

Etichette di riga	FINANZIATO	RENDICONTO 31/03/2022	RENDICONTO 30/06/2022	RENDICONTO 30/09/2022	RENDICONTO 31/12/2022	%	RESIDUO
Finanziato	306.444.400,98	306.444.400,98	306.444.400,98	306.444.400,98	306.444.400,98		
1474/SPS del 24/11/2016	1.847.950,49					0%	1.847.950,49
1475/SPS del 24/11/2016	1.136.444,80	1.136.444,80	1.136.444,80	1.136.444,80	1.136.444,80	100%	-
1478/SPS del 24/11/2016	3.060.991,56	3.009.342,02	3.009.342,02	3.031.625,34	3.031.625,34	99%	29.366,22
1482/SPS del 24/11/2016	60.000,00					0%	60.000,00
1486/SPS del 24/11/2016	60.000,00	58.671,63	58.671,63	58.671,63	58.671,63	98%	1.328,37
1530/SPS del 28/11/2016	424.662,56					0%	424.662,56
1531/SPS del 28/11/2016	205.907,00	205.907,00	205.907,00	205.907,00	205.907,00	100%	-
1536/SPS del 28/11/2016	424.318,72	424.318,72	424.318,72	424.318,72	424.318,72	100%	-
1577/SPS del 30/11/2016	1.722.250,00	165.371,99	165.371,99	165.371,99	165.371,99	10%	1.556.878,01
1578/SPS del 30/11/2016	2.180.000,00	-	-	-	199.876,72	9%	1.980.123,28
1581/SPS del 30/11/2016	1.490.000,00	749.988,06	749.988,06	758.420,60	758.950,60	51%	731.049,40
1598/SPS del 01/12/2016	560.000,00					0%	560.000,00
1601/SPS del 01/12/2016	1.337.062,86	552.806,91	693.322,33	945.260,25	1.172.966,12	88%	164.096,74
1603/SPS del 01/12/2016	1.369.500,00					0%	1.369.500,00
1604/SPS del 01/12/2016	1.915.944,40	1.915.944,40	1.915.944,40	1.915.944,40	1.915.944,40	100%	-
1607/SPS del 01/12/2016	2.324.000,00	2.324.000,00	2.324.000,00	2.324.000,00	2.324.000,00	100%	-
2016/800/1483/0	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	100%	-
1131/SPS del 24/08/2017	2.370.500,00					0%	2.370.500,00
1132/SPS del 24/08/2017	490.000,00	490.000,00	490.000,00	490.000,00	490.000,00	100%	-
1135/SPS del 24/08/2017	3.600.000,00	3.599.821,93	3.599.821,93	3.599.821,93	3.599.821,93	100%	178,07
1139/SPS del 24/08/2017	1.510.000,00	1.464.762,75	1.464.762,75	1.475.949,94	1.483.514,57	98%	26.485,43
1142/SPS del 24/08/2017	800.000,00	254.697,17	254.697,17	254.697,17	254.697,17	32%	545.302,83
1144/SPS del 24/08/2017	1.129.500,00					0%	1.129.500,00
951/SPS del 18/07/2017	40.000,00					0%	40.000,00
952/SPS del 18/07/2017	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	100%	-
955/SPS del 18/07/2017	50.000,00	49.394,03	49.394,03	49.394,03	49.394,03	99%	605,97
1623/SPS del 22/11/2017	140.977,24	140.977,24	140.977,24	140.977,24	140.977,24	100%	-
1624/SPS del 22/11/2017	462.649,60	-	-	-	49.210,99	11%	413.438,61
1626/SPS del 22/11/2017	16.930,02	591,73	591,73	591,73	16.930,02	100%	-
1627/SPS del 22/11/2017	15.004,30					0%	15.004,30
1629/SPS del 22/11/2017	26.818,04	25.630,66	25.630,66	25.630,66	25.630,66	96%	1.187,38
1673/SPS del 24/11/2017	36.829.323,19	4.228.386,98	4.228.386,98	4.228.386,98	4.499.997,30	12%	32.329.325,89
1729/SPS del 29/11/2017	339.501,22	339.501,22	339.501,22	339.501,22	339.501,22	100%	-



1480/SPS del 09/10/2018	16.203.000,00	1.968.458,01	1.968.458,01	2.065.741,33	2.323.226,79	14%	13.879.773,21
1481/SPS del 09/10/2018	3.545.500,00	2.149.575,21	2.149.575,21	2.326.754,19	2.408.115,21	68%	1.137.384,79
1576/SPS del 25/10/2018	1.336.366,50	671.886,38	672.176,40	730.501,34	731.566,50	55%	604.800,00
845/SPS del 07/06/2018	1.391.980,00	1.170.276,84	1.204.924,51	1.295.816,73	1.299.433,88	93%	92.546,12
894/SPS del 18/06/2018	337.005,82	337.005,82	337.005,82	337.005,82	337.005,82	100%	-
1729/SPS del 20/11/2018	217.061,05	217.061,05	217.061,05	217.061,05	217.061,05	100%	-
1844/SPS del 27/11/2018	192.690,59	192.618,73	192.618,73	192.618,73	192.618,73	100%	71,86
1910/SPS del 29/11/2018	1.171.469,72	468.309,90	468.309,90	491.899,50	500.000,00	43%	671.469,72
1927/SPS del 29/11/2018	1.202.000,00	32.818,00	32.818,00	32.818,00	32.818,00	3%	1.169.182,00
1962/SPS del 15/10/2019	13.500.000,00	6.754.976,41	7.201.076,36	8.052.610,40	8.616.334,26	64%	4.883.665,74
1963/SPS del 15/10/2019	557.110,76	540.683,47	540.683,47	555.135,06	555.135,06	100%	1.975,70
2406/SPS del 19/11/2019	194.789,14	194.789,14	194.789,14	194.789,14	194.789,14	100%	-
2442/SPS del 20/11/2019	440.214,57					0%	
2524/SPS del 25/11/2019	225.000,00					0%	
2527/SPS del 25/11/2019	130.000,00	-	-	-	111.075,08	85%	18.924,92
2285/SPS del 11/11/2020	751.899,90	357.588,43	357.588,43	444.349,97	568.234,87	76%	183.665,03
1902/SPS del 02/10/2020	9.670.185,74	4.856.524,29	4.899.972,58	5.439.714,55	5.794.905,66	60%	3.875.280,08
1903/SPS del 02/10/2020	15.808.508,58	616.276,33	651.653,60	700.217,71	2.213.877,30	14%	13.594.631,28
1314/SPS del 29/04/2021	751.899,90	613.294,38	613.294,38	730.302,45	731.772,26	97%	20.127,64
2876/SPS del 10/11/2021	2.000.000,00	1.641.075,84	1.641.075,84	1.641.075,84	1.989.206,40	99%	10.793,60
3082/SPS del 22/11/2021	1.800.000,00	-	-	-	-	0%	1.800.000,00
3083/SPS del 22/11/2021	500.000,00	-	-	-	-	0%	500.000,00
3084/SPS del 22/11/2021	1.815.000,00	-	-	-	-	0%	1.815.000,00
3174/SPS del 25/11/2021	31.569,57	31.569,57	31.569,57	31.569,57	31.569,57	100%	-
3177/SPS del 25/11/2021	228.026,29	-	-	-	-	0%	228.026,29
3187/SPS del 25/11/2021	25.000.000,00	-	-	-	-	0%	25.000.000,00
3189/SPS del 25/11/2021	11.822.808,39	507.818,06	936.950,81	2.585.471,40	4.590.887,38	39%	7.231.921,01
8412/GRFVG del 04/08/2022	5.000.000,00		-	-	-	0%	5.000.000,00
25881/GRFVG del 25/11/2022	40.140.785,81		-	-	-	0%	40.140.785,81
25887/GRFVG del 25/11/2022	29.453.310,58		-	-	-	0%	29.453.310,58
26265/GRFVG del 28/11/2022	4.431.966,91		-	-	-	0%	4.431.966,91
26266/GRFVG del 28/11/2022	11.437.625,40		-	-	-	0%	11.437.625,40
27930/GRFVG del 30/11/2022	1.200.000,00		-	-	-	0%	1.200.000,00
27934/GRFVG del 30/11/2022	225.252,00		-	-	-	0%	225.252,00
32074/GRFVG del 27/12/2022	60.000,00		-	-	-	0%	60.000,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>306.444.400,98</b>	<b>44.559.165,10</b>	<b>45.688.676,47</b>	<b>49.736.368,41</b>	<b>55.883.385,41</b>		<b>214.264.663,24</b>

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



**GRAFICO 2 – ANDAMENTO DELLA SPESA PER INVESTIMENTI ASUFC**

Gli investimenti che, al 31.12.2022, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

**Tabella 7 - Investimenti conclusi e rendicontabili ASUFC**

Decreto	Finanziato
1475/SPS del 24/11/2016	1.136.444,80
1531/SPS del 28/11/2016	205.907,00
1536/SPS del 28/11/2016	424.318,72
1604/SPS del 01/12/2016	1.915.944,40
1607/SPS del 01/12/2016	2.324.000,00
2016/800/1483/0	60.000,00
1132/SPS del 24/08/2017	490.000,00
952/SPS del 18/07/2017	40.000,00
1623/SPS del 22/11/2017	140.977,24
1626/SPS del 22/11/2017	16.930,02
1729/SPS del 29/11/2017	339.501,22
894/SPS del 18/06/2018	337.005,82
1729/SPS del 20/11/2018	217.061,05
2406/SPS del 19/11/2019	194.789,14
3174/SPS del 25/11/2021	31.569,57

Infine, si riporta una tabella specifica per gli interventi PNRR.

**Tabella 8 – Andamento degli investimenti PNRR di ASUFC**

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/12/2022	RESIDUO
26943/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26944/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26945/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26946/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26947/GRFVG del 29/11/2022	469.700,00	-	469.700,00
26948/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26949/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26950/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26951/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26952/GRFVG del 29/11/2022	300.500,00	-	300.500,00
26953/GRFVG del 29/11/2022	743.000,00	-	743.000,00
26954/GRFVG del 29/11/2022	743.000,00	-	743.000,00
26955/GRFVG del 29/11/2022	743.000,00	-	743.000,00
26956/GRFVG del 29/11/2022	743.000,00	-	743.000,00
26957/GRFVG del 29/11/2022	122.610,00	-	122.610,00
26958/GRFVG del 29/11/2022	122.610,00	122.610,00	-
26959/GRFVG del 29/11/2022	729.700,00	-	729.700,00
26960/GRFVG del 29/11/2022	567.700,00	-	567.700,00
26961/GRFVG del 29/11/2022	1.732.400,00	-	1.732.400,00
26962/GRFVG del 29/11/2022	469.700,00	-	469.700,00
26971/GRFVG del 29/11/2022	2.669.306,00	-	2.669.306,00
26973/GRFVG del 29/11/2022	2.669.305,76	-	2.669.305,76
26974/GRFVG del 29/11/2022	2.669.306,00	-	2.669.306,00
26982/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26983/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26984/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26985/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	4.067,92	169.007,08
26986/GRFVG del 29/11/2022	483.580,00	-	483.580,00
26987/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26999/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27000/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27001/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	23.718,46	1.465.676,54
27002/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27003/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27004/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27005/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27006/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27007/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27008/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	18.407,75	1.470.987,25
27009/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>35.631.137,76</b>	<b>168.804,13</b>	<b>35.462.333,63</b>

**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA "GIULIANA ISONTINA" (ASUGI)**

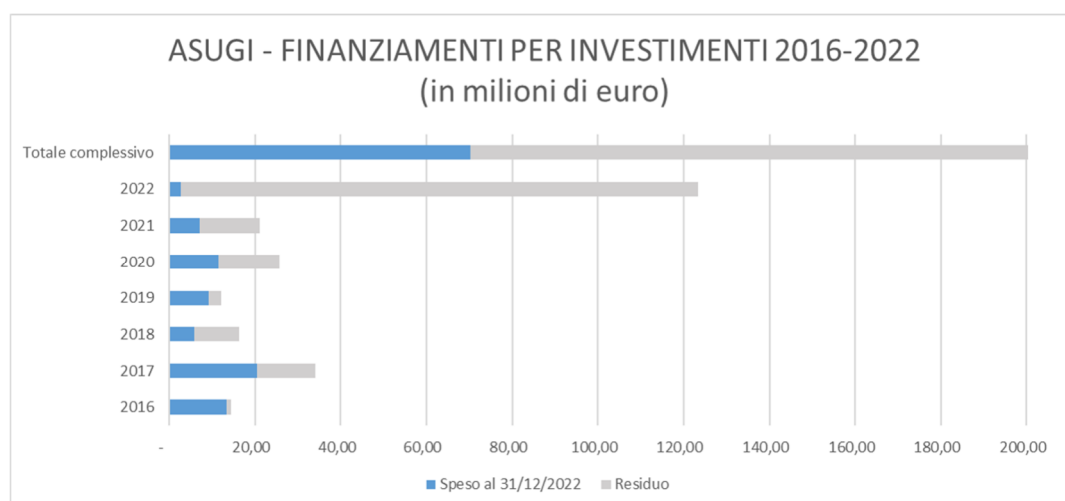
La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

**Tabella 9 - Situazione investimenti ASUGI 2016-2022**

Decreto	FINANZIATO	RENDICONTO 31/03/2022	RENDICONTO 30/06/2022	RENDICONTO 30/09/2022	RENDICONTO 31/12/2022	%	RESIDUO
Finanziato	247.221.338,59	247.221.338,59	247.221.338,59	247.221.338,59	247.221.338,59		
185/SETI/2016 del 07/03/2016	550.000,00	550.000,00	550.000,00	550.000,00	550.000,00	100%	-
1474/SPS del 24/11/2016	1.797.950,49	1.638.643,46	1.638.643,46	1.638.643,46	1.638.643,46	91%	159.307,03
1477/SPS del 24/11/2016	2.882.308,45	2.882.308,45	2.882.308,45	2.882.308,45	2.882.308,45	100%	-
1482/SPS del 24/11/2016	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	100%	-
1485/SPS del 24/11/2016	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	100%	-
1530/SPS del 28/11/2016	424.662,56	424.662,56	424.662,56	424.662,56	424.662,56	100%	-
1535/SPS del 28/11/2016	474.104,44	428.104,44	428.104,44	428.104,44	428.104,44	90%	46.000,00
1577/SPS del 30/11/2016	1.722.250,00	1.187.361,95	1.187.361,95	1.187.361,95	1.446.865,57	84%	275.384,43
1580/SPS del 30/11/2016	1.510.000,00	1.262.532,43	1.262.532,43	1.262.532,43	1.284.899,16	85%	225.100,84
1598/SPS del 01/12/2016	560.000,00	250.591,74	250.591,74	252.752,73	300.751,79	54%	259.248,21
1600/SPS del 01/12/2016	500.000,00	410.239,28	410.239,28	410.239,28	410.239,28	82%	89.760,72
1603/SPS del 01/12/2016	1.369.500,00	1.366.854,28	1.366.854,28	1.366.854,28	1.366.854,28	100%	2.645,72
1606/SPS del 01/12/2016	2.428.700,00	2.428.700,00	2.428.700,00	2.428.700,00	2.428.700,00	100%	-
951/SPS del 18/07/2017	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	100%	-
954/SPS del 18/07/2017	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	100%	-
1131/SPS del 24/08/2017	2.370.500,00	2.064.021,20	2.064.021,20	2.064.021,20	2.064.021,20	87%	306.478,80
1134/SPS del 24/08/2017	2.600.000,00	2.598.614,00	2.598.614,00	2.598.614,00	2.598.614,00	100%	1.386,00
1141/SPS del 24/08/2017	850.000,00	399.911,77	399.911,77	399.911,77	399.911,77	47%	450.088,23
1144/SPS del 24/08/2017	1.129.500,00	855.087,60	855.087,60	979.390,37	1.029.587,60	91%	99.912,40
1624/SPS del 22/11/2017	361.111,08	94.568,26	94.568,26	94.568,26	143.779,25	40%	217.331,83
1630/SPS del 22/11/2017	60.485,95	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.485,95	100%	-
1672/SPS del 24/11/2017	355.600,00	355.600,00	355.600,00	355.600,00	355.600,00	100%	-
1673/SPS del 24/11/2017	26.300.000,00	12.139.522,50	12.145.561,50	13.633.093,06	13.775.468,39	52%	12.524.531,61
1052/SPS del 18/07/2018	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	100%	-
1480/SPS del 09/10/2018	9.265.000,00	755.444,00	755.444,00	783.569,27	1.115.045,77	12%	8.149.954,23
1481/SPS del 09/10/2018	2.385.600,00	2.074.756,71	1.700.357,38	2.074.756,71	2.074.756,71	87%	310.843,29
1531/SPS del 19/10/2018	606.126,68	605.657,29	605.657,29	605.657,29	605.657,29	100%	469,39
1576/SPS del 25/10/2018	920.000,00	-	-	82.935,60	196.028,12	21%	723.971,88
1910/SPS del 29/11/2018	850.000,00	468.753,75	468.753,75	468.753,75	650.263,27	77%	199.736,73
1927/SPS del 29/11/2018	1.202.000,00	275.419,06	275.419,06	275.419,06	285.867,16	24%	916.132,84

1962/SPS del 15/10/2019	9.203.000,00	6.061.585,67	6.530.128,64	6.436.130,34	6.617.400,37	72%	2.585.599,63
2408/SPS del 19/11/2019	564.653,90	470.141,12	470.141,12	564.653,90	<b>564.653,90</b>	100%	-
2442/SPS del 20/11/2019	440.214,57	440.214,57	440.214,57	440.214,57	440.214,57	100%	-
2524/SPS del 25/11/2019	225.000,00	73.458,38	138.160,06	138.160,06	138.160,06	61%	86.839,94
2526/SPS del 25/11/2019	1.776.000,00	1.219.073,98	1.273.879,40	1.513.765,61	<b>1.513.765,61</b>	85%	262.234,39
1902/SPS del 02/10/2020	10.475.629,70	6.058.712,31	7.512.374,58	7.357.104,63	8.490.943,31	81%	1.984.686,39
1903/SPS del 02/10/2020	14.633.666,10	849.337,55	1.154.658,52	1.325.618,50	2.398.531,81	16%	12.235.134,29
2545/SPS del 24/11/2020	564.653,90	564.653,90	564.653,90	564.653,90	564.653,90	100%	-
2877/SPS del 10/11/2021	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	2.000.000,00	<b>2.000.000,00</b>	100%	-
2879/SPS del 10/11/2021	332.653,90	127.889,28	147.761,94	332.653,90	332.653,90	100%	-
2880/SPS del 10/11/2021	232.000,00	230.075,30	230.075,30	230.075,30	230.075,30	99%	1.924,70
2881/SPS del 10/11/2021	350.000,00	-	55.293,75	66.212,75	66.212,75	19%	283.787,25
3174/SPS del 25/11/2021	23.924,42	23.924,42	23.924,42	23.924,42	23.924,42	100%	-
3182/SPS del 25/11/2021	310.516,68	56.959,11	116.320,63	125.352,05	143.220,41	46%	167.296,27
3188/SPS del 25/11/2021	8.000.000,00	-	-	-	-	0%	8.000.000,00
3189/SPS del 25/11/2021	9.931.159,04	316.976,07	1.331.902,86	-	4.301.916,88	43%	5.629.242,16
25883/GRFVG del 25/11/2022	51.557.658,00	-	-	-	269.817,08	1%	51.287.840,92
25886/GRFVG del 25/11/2022	21.277.709,31	-	-	-	2.281.400,00	11%	18.996.309,31
26264/GRFVG del 28/11/2022	9.171.840,00	-	-	-	-	0%	9.171.840,00
27167/GRFVG del 29/11/2022	1.049.999,99	-	-	-	121.747,67	12%	928.252,32
27933/GRFVG del 30/11/2022	192.376,07	-	-	-	50.221,92	26%	142.154,15
8411/GRFVG del 04/08/2022	40.000.000,00	-	-	-	-	0%	40.000.000,00
20464/GRFVG del 07/11/2022	62.154,36	-	-	-	-	0%	62.154,36
21829/GRFVG del 11/11/2022	101.129,00	-	-	-	-	0%	101.129,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>247.221.338,59</b>	<b>55.340.356,39</b>	<b>58.468.484,09</b>	<b>59.696.969,85</b>	<b>70.336.629,33</b>		<b>176.884.709,26</b>

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



**GRAFICO 3 – ANDAMENTO DELLA SPESA PER INVESTIMENTI ASUGI**

Gli investimenti che, al 31.12.2022, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

**Tabella 10 - Investimenti conclusi e rendicontabili ASUGI**

DECRETO	FINANZIATO
1477/SPS del 24/11/2016	2.882.308,45
1482/SPS del 24/11/2016	60.000,00
1485/SPS del 24/11/2016	120.000,00
1530/SPS del 28/11/2016	424.662,56
1603/SPS del 01/12/2016	1.369.500,00
1606/SPS del 01/12/2016	2.428.700,00
951/SPS del 18/07/2017	40.000,00
1134/SPS del 24/08/2017	2.600.000,00
1672/SPS del 24/11/2017	355.600,00
1052/SPS del 18/07/2018	1.000.000,00
1531/SPS del 19/10/2018	606.126,68
2442/SPS del 20/11/2019	440.214,57
2587/SPS del 26/11/2019	275.346,92
2545/SPS del 24/11/2020	564.653,90
2877/SPS del 10/11/2021	2.000.000,00
3174/SPS del 25/11/2021	23.924,42

Infine, si riporta una tabella specifica per gli interventi PNRR.

**Tabella 11 - Andamento degli investimenti PNRR di ASUGI**

Decreto	Finanziato	RENDICONTO 31/12/2022	RESIDUO
26933/GRFVG del 29/11/2022	392.500,00	-	392.500,00
26934/GRFVG del 29/11/2022	422.500,00	-	422.500,00
26935/GRFVG del 29/11/2022	422.500,00	-	422.500,00
26936/GRFVG del 29/11/2022	779.600,00	-	779.600,00
26937/GRFVG del 29/11/2022	120.184,00	-	120.184,00
26938/GRFVG del 29/11/2022	839.500,00	-	839.500,00
26939/GRFVG del 29/11/2022	561.200,00	-	561.200,00
26940/GRFVG del 29/11/2022	561.200,00	-	561.200,00
26941/GRFVG del 29/11/2022	422.500,00	-	422.500,00
26942/GRFVG del 29/11/2022	561.200,00	-	561.200,00
26969/GRFVG del 29/11/2022	2.669.306,00	-	2.669.306,00
26970/GRFVG del 29/11/2022	2.669.306,00	-	2.669.306,00
26977/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26978/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26979/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26980/GRFVG del 29/11/2022	386.864,00	-	386.864,00
26981/GRFVG del 29/11/2022	173.075,00	-	173.075,00
26992/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
26993/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
26994/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
26995/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
26996/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	563,60	1.488.831,40
26997/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
26998/GRFVG del 29/11/2022	1.489.395,00	-	1.489.395,00
27017/GRFVG del 29/11/2022	8.864.703,60	385.732,00	8.478.971,60
27018/GRFVG del 29/11/2022	11.937.023,06	3.844.500,00	8.092.523,06
<b>Totale complessivo</b>	<b>42.728.151,66</b>	<b>4.230.795,60</b>	<b>38.497.356,06</b>

## IRCCS BURLO-GAROFOLO

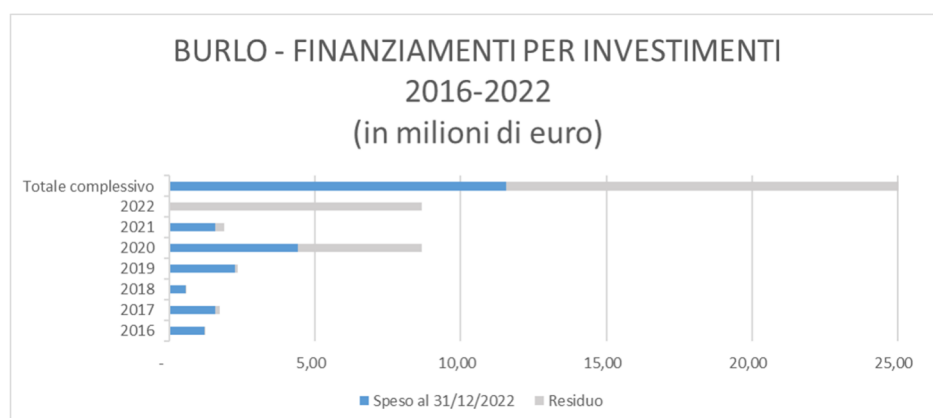
La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

**Tabella 12 - Situazione investimenti IRCCS BURLO-GAROFOLO 2016-2022**

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/03/2022	RENDICONTO 30/06/2022	RENDICONTO 30/09/2022	RENDICONTO 31/12/2022	%	RESIDUO
Finanziato	25.049.822,24	25.049.822,24	25.049.822,24	25.049.822,24	25.049.822,24		
1480/SPS del 24/11/2016	409.454,70				409.454,70	100%	-
1487/SPS del 24/11/2016	35.000,00				35.000,00	100%	-
1582/SPS del 30/11/2016	205.000,00	105.897,04	110.000,00	110.000,00	204.995,40	100%	4,60
1602/SPS del 01/12/2016	215.000,00	202.902,16	214.964,35	214.964,35	214.964,35	100%	35,65
1608/SPS del 01/12/2016	352.000,00	257.000,00	257.000,00	257.000,00	352.000,00	100%	-
956/SPS del 18/07/2017	40.000,00				40.000,00	100%	-
1136/SPS del 24/08/2017	240.000,00	50.000,00	50.000,00	139.886,67	239.886,67	100%	113,33
1143/SPS del 24/08/2017	160.000,00	126.831,97	148.812,96	148.812,96	148.812,96	93%	11.187,04
1622/SPS del 22/11/2017	26.358,65	26.358,65	26.358,65	26.358,65	26.358,65	100%	-
1625/SPS del 22/11/2017	15.028,79	15.028,79	15.028,79	15.028,79	15.028,79	100%	-
1673/SPS del 24/11/2017	1.250.000,00	939.401,73	939.828,83	939.828,83	1.089.828,83	87%	160.171,17
1238/SPS del 05/09/2018	111.483,25				111.483,25	100%	-
1481/SPS del 09/10/2018	280.000,00	265.074,33	265.074,33	278.365,91	<b>278.365,91</b>	99%	1.634,09
1576/SPS del 25/10/2018	100.000,00	99.943,07	99.943,07	99.943,07	<b>99.943,07</b>	100%	56,93
1910/SPS del 29/11/2018	100.000,00	27.045,37	38.000,00	38.000,00	60.000,00	60%	40.000,00
1962/SPS del 15/10/2019	2.162.124,00	1.702.052,83	1.982.651,15	2.088.180,24	2.098.401,57	97%	63.722,43
1964/SPS del 15/10/2019	39.193,32	39.193,32	39.193,32	39.193,32	39.193,32	100%	-
2528/SPS del 25/11/2019	60.000,00	47.766,14	48.701,05	48.701,05	48.701,05	81%	11.298,95
2530/SPS del 25/11/2019	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	<b>70.000,00</b>	100%	-
1901/SPS del 02/10/2020	140.000,00	43.346,60	97.934,10	97.934,10	140.000,00	100%	-
1902/SPS del 02/10/2020	568.845,24	339.930,39	410.756,60	418.448,70	442.709,64	78%	126.135,60
1903/SPS del 02/10/2020	630.000,00	-	-	-	66.197,57	11%	563.802,43
2112/SPS del 04/11/2020	30.000,00	25.376,00	25.376,00	25.376,00	25.376,00	85%	4.624,00
2283/SPS del 11/11/2020	39.193,32	39.193,32	39.193,32	39.193,32	39.193,32	100%	-
2536/SPS del 24/11/2020	7.235.000,00	3.108.486,04	3.430.637,39	3.564.917,91	3.694.724,53	51%	3.540.275,47
4964/TERINF del 10.12.2020	9.089,58	9.089,58	9.089,58	9.089,58	9.089,58	100%	-
2873/SPS del 10/11/21	39.193,32				32.044,20	82%	7.149,12
2875/SPS del 10/11/2021	565.000,00	564.725,38	564.725,38	564.725,38	564.725,31	100%	274,69
3180/SPS del 25/11/2021	2.193,70				2.193,70	100%	-
3189/SPS del 25/11/21	1.261.099,56	195.761,70	263.078,86	811.035,96	974.562,88	77%	286.536,68
25885/GRFVG del 22/11/2022	7.542.232,58	-	-	-	-	0%	7.542.232,58
26262/GRFVG del 28/11/2022	257.332,23	-	-	-	-	0%	257.332,23
27168/GRFVG del 29/11/2022	60.000,00	-	-	-	-	0%	60.000,00
27936/GRFVG del 30/11/2022	800.000,00	-	-	-	-	0%	800.000,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>25.049.822,24</b>	<b>8.300.404,41</b>	<b>9.146.347,73</b>	<b>10.044.984,79</b>	<b>11.573.235,25</b>		<b>13.476.586,99</b>



L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



**GRAFICO 4 – ANDAMENTO DELLA SPESA PER INVESTIMENTI IRCCS BURLO-GAROFOLO**

Gli investimenti che, al 31.12.2022, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

**Tabella 13 - Investimenti conclusi e rendicontabili IRCCS BURLO-GAROFOLO**

Decreto	Finanziato
1480/SPS del 24/11/2016	409.454,70
1487/SPS del 24/11/2016	35.000,00
1608/SPS del 01/12/2016	352.000,00
956/SPS del 18/07/2017	40.000,00
1622/SPS del 22/11/2017	26.358,65
1625/SPS del 22/11/2017	15.028,79
1238/SPS del 05/09/2018	111.483,25
1964/SPS del 15/10/2019	39.193,32
2530/SPS del 25/11/2019	70.000,00
1901/SPS del 02/10/2020	140.000,00
2283/SPS del 11/11/2020	39.193,32
4964/TERINF del 10.12.2020	9.089,58
3180/SPS del 25/11/2021	2.193,70

Infine, si riporta una tabella specifica per gli interventi PNRR.

**Tabella 14 - Andamento degli investimenti PNRR di IRCCS BURLO GAROFOLO**

Decreto	FINANZIATO	RENDICONTO 31/12/2022	RESIDUO
26932/GRFVG del 29/11/2022	294.400,00	-	294.400,00
Totale complessivo	294.400,00	-	294.400,00

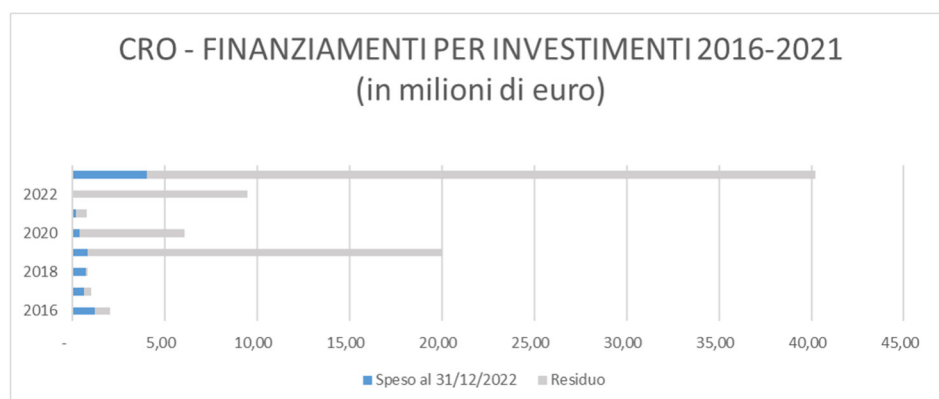
## IRCCS CRO

La situazione complessiva degli investimenti è rappresentata nella seguente tabella:

**Tabella 15 - Situazione investimenti IRCCS CRO 2016-2022**

Decreto	Finanziato	RENDICONTO 31/03/2022	RENDICONTO 30/06/2022	RENDICONTO 30/09/2022	RENDICONTO 31/12/2022	%	RESIDUO
<b>Finanziato</b>	<b>40.211.396,08</b>	<b>40.211.396,08</b>	<b>40.211.396,08</b>	<b>40.211.396,08</b>	<b>40.211.396,08</b>		
1481/SPS del 24/11/2016	1.930.000,00	1.213.773,28	1.213.773,28	1.214.148,28	1.214.148,28	63%	715.851,72
1534/SPS del 28/11/2016	108.626,74	16.719,08	16.719,08	16.719,08	16.719,08	15%	91.907,66
1137/SPS del 24/08/2017	1.000.000,00	637.092,89	637.092,89	637.092,89	637.092,89	64%	362.907,11
1628/SPS del 22/11/2017	11.529,00	11.529,00	11.529,00	11.529,00	11.529,00	100%	-
1003/SPS del 12/07/2018	351.937,86	332.471,71	332.471,71	339.797,57	339.797,57	97%	12.140,29
1481/SPS del 09/10/2018	280.000,00	272.114,79	272.114,79	280.000,00	280.000,00	100%	-
1576/SPS del 25/10/2018	100.000,00	-	-	-	-	0%	100.000,00
1910/SPS del 29/11/2018	100.000,00	98.850,00	98.850,00	98.850,00	98.850,00	99%	1.150,00
1962/SPS del 15/10/2019	3.000.000,00	15.027,20	15.027,20	15.027,20	15.087,20	1%	2.984.912,80
1962/SPS del 15/10/2019, 2532/SPS del 25/11/2019	1.000.000,00	629.343,87	644.851,09	644.851,09	682.492,84	68%	317.507,16
2407/SPS del 19/11/2019	123.728,16	73.067,80	73.067,80	73.067,80	73.067,80	59%	50.660,36
2740/SPS del 03/12/2019	15.884.846,23	37.400,00	37.400,00	59.301,44	73.627,39	0%	15.811.218,84
1902/SPS del 02/10/2020	459.607,46	348.240,06	348.741,48	348.741,48	348.741,48	76%	110.865,98
1903/SPS del 02/10/2020	5.494.331,00	-	-	-	-	0%	5.494.331,00
2487/SPS del 20/11/2020	123.700,00	45.213,20	48.177,80	52.012,52	52.012,52	42%	71.687,48
3178/SPS del 25/11/2021	6.925,21	-	6.925,21	6.925,21	6.925,21	100%	-
3185/SPS del 25/11/2021	754.277,94	28.792,00	94.474,53	125.127,75	<b>172.469,10</b>	23%	581.808,84
25884/GRFVG del 25/11/2022	2.764.019,90	-	-	-	-	0%	2.764.019,90
26261/GRFVG del 28/11/2022	6.539.200,00	-	-	-	-	0%	6.539.200,00
27166/GRFVG del 29/11/2022	178.666,58	-	-	-	7.808,00	4%	170.858,58
<b>Totale complessivo</b>	<b>40.211.396,08</b>	<b>3.759.634,88</b>	<b>3.851.215,86</b>	<b>3.923.191,31</b>	<b>4.030.368,36</b>		<b>36.181.027,72</b>

L'andamento degli investimenti è rappresentato dal seguente grafico:



**GRAFICO 5 – ANDAMENTO DELLA SPESA PER INVESTIMENTI IRCCS CRO**

Gli investimenti che, al 31.12.2022, risultano conclusi, e quindi rendicontabili, suddivisi per decreto, sono i seguenti:

**Tabella 16 - Investimenti conclusi e rendicontabili IRCCS CRO**

Decreto	Finanziato
1628/SPS del 22/11/2017	11.529,00
1481/SPS del 09/10/2018	280.000,00
3178/SPS del 25/11/2021	6.925,21

Infine, si riporta una tabella specifica per gli interventi PNRR.

**Tabella 17 - Andamento degli investimenti PNRR di IRCCS CRO**

DECRETO	FINANZIATO	RENDICONTO 31/12/2022	RESIDUO
26928/GRFVG del 29/11/2022	335.230,00	-	335.230,00
26929/GRFVG del 29/11/2022	324.864,00	-	324.864,00
26930/GRFVG del 29/11/2022	1.842.085,00	-	1.842.085,00
26931/GRFVG del 29/11/2022	2.844.400,00	-	2.844.400,00
27015/GRFVG del 29/11/2022	12.376.471,00	-	12.376.471,00
27016/GRFVG del 29/11/2022	5.852.280,00	-	5.852.280,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>23.575.330,00</b>	<b>-</b>	<b>23.575.330,00</b>

Si rappresenta di seguito la verifica effettuata sul rispetto di alcuni vincoli gestionali con riferimento ai valori rappresentati nei bilanci consuntivi 2022.

### 1) FARMACEUTICA

La DGR n. 321 del 11/03/2022 prevedeva, con riferimento alla spesa farmaceutica, che le Aziende ponessero in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei seguenti vincoli:

- Farmaceutica territoriale: costo procapite euro 81,00 pari al 90% dei consumi totali per residenti relativi alla distribuzione diretta (al netto dei costi per terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara con costo trattamento >2 milioni e della spesa derivante dalla ripartizione del fondo destinato agli innovativi per la quota della diretta);
- DPC: costo procapite euro 39,5 (farmaci e servizio di distribuzione);
- Farmaceutica convenzionata: costo procapite euro 110,00;
- Farmaceutica ospedaliera: riduzione rispetto ai consumi 2021 registrati per la farmaceutica ospedaliera comprensiva del 10% dei costi della distribuzione diretta non oncologica a residenti (-0,5% ASFO, -2,0% ASUFC, -1,5% ASUGI, 0% IRCCS BURLO, -1,0% IRCCS CRO) con esclusione dei vaccini, dei farmaci per la cura dell'atrofia muscolare (SMA) e dei farmaci oncologici ed emato-oncologici e della spesa derivante dalla ripartizione del fondo destinato agli innovativi per la quota dell'ospedaliera non oncologica;
- Farmaci oncologici: mantenimento valore 2021 al netto della spesa derivante dalla ripartizione del fondo destinato agli innovativi per la quota dell'ospedaliera oncologica.

Tab. 1 – Vincoli Farmaceutica Territoriale

FARMACEUTICA TERRITORIALE	ASFO	ASUFC	ASUGI	TOTALE	NOTE
COSTO PROCAPITE DA LINEE DI GESTIONE	81,00	81,00	81,00	81,00	
COSTO PROCAPITE 2022 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2021 NOVEMBRE-DICEMBRE)	87,83	87,59	79,71	85,15	Spesa netta procapite al netto della spesa derivante dalla ripartizione del fondo destinato agli innovativi per la quota assegnata alla diretta e del farmaco Evrysdi
COSTO PROCAPITE 2022 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2022)	95,51	86,87	80,06		Dato ASFO: non è stata detratta la quota degli innovativi finanziata con la sovrazionale Dato ASUFC: dal costo sostenuto secondo i criteri DCS sono state detratte le note di credito AIFA ricevute dall'azienda Dato ASUGI: dato ricavato riportando i dati di costi inseriti nella relazione al valore della popolazione pesata
<b>DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI DCS</b>	<b>8,43%</b>	<b>8,14%</b>	<b>-1,59%</b>	<b>5,12%</b>	
<b>DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI AZIENDALI</b>	<b>17,91%</b>	<b>7,25%</b>	<b>-1,17%</b>		

Tab. 2 – Vincoli Farmaceutica DPC

FARMACEUTICA DPC	ASFO	ASUFC	ASUGI	TOTALE	NOTE
COSTO PROCAPITE DA LINEE DI GESTIONE	39,50	39,50	39,50	39,50	
COSTO PROCAPITE 2022 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2022 NOVEMBRE-DICEMBRE)	42,09	47,86	45,85	45,80	
COSTO PROCAPITE 2022 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2022)	42,09	47,87	45,85		Dato ASUGI: dato ricavato riportando i dati di costi inseriti nella relazione al valore della popolazione pesata
<b>DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI DCS</b>	<b>6,56%</b>	<b>21,16%</b>	<b>16,08%</b>	<b>15,95%</b>	
<b>DELTA % RISPETTO VINCOLO DATI AZIENDALI</b>	<b>6,56%</b>	<b>21,19%</b>	<b>16,09%</b>		

Tab. 3 – Vincoli Farmaceutica Convenzionata

FARMACEUTICA CONVENZIONATA		ASFO	ASUFC	ASUGI	TOTALE
costo procapite € 110,00	importo vincolo	37.615.160,00	66.534.270,00	48.250.950,00	152.400.380,00
	consuntivo 2022 (BA0500)	38.715.915,60	69.664.892,64	48.687.070,90	157.067.879,14
	costo procapite 2022	113,22	115,18	110,99	113,37
	delta % rispetto vincolo	3%	5%	1%	3%
	consuntivo 2021 (BA0500)	37.975.014,20	69.005.186,43	49.042.257,76	156.022.458,39
delta % rispetto 2021	2%	1%	-1%	1%	

Tab. 4 – Vincoli Farmaceutica Ospedaliera (tabella con dati da Monitoraggio Indicatori linee per la gestione 2022 novembre-dicembre)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA DATI DCS	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	TOTALE	NOTE
COSTO 2022 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2022 NOVEMBRE-DICEMBRE)	12.607.367,00	35.981.196,00	20.574.704,00	1.874.629,00	3.294.882,00	74.332.778,00	Spesa ospedaliera (al netto dei vaccini, dei farmaci SMA, dei farmaci onc, della quota ospedaliera del fondo destinato agli innovativi) +10% diretta non onco FVG
COSTO 2021 (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2022 NOVEMBRE-DICEMBRE)	12.244.730,00	34.955.058,00	18.906.986,00	1.904.859,00	3.477.039,00	71.488.672,00	
DELTA % 2022/2021	2,96%	2,94%	8,82%	-1,59%	-5,24%	3,98%	
VICOLO DA LINEE DI GESTIONE	-0,50%	-2,00%	-1,50%	0,00%	-1,00%	-1,00%	
DELTA % RISPETTO VINCOLO	3,46%	4,94%	10,32%	-1,59%	-4,24%	4,98%	

Nel report di monitoraggio predisposto dall'ufficio competente della Direzione Centrale Salute vengono esposti anche i dati della spesa farmaceutica ospedaliera al netto dei costi covid, come di seguito rappresentato.

Tab. 5 – Vincoli Farmaceutica Ospedaliera al netto dei costi COVID (tabella con dati da Monitoraggio Indicatori linee per la gestione 2022 novembre-dicembre)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA AL NETTO DEI COSTI COVID	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	TOTALE	NOTE
COSTO 2022 AL NETTO DEI COSTI COVID (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2022 NOVEMBRE-DICEMBRE)	12.093.376,00	35.645.558,00	19.862.220,00	1.851.054,00	3.316.621,00	72.768.829,00	Spesa ospedaliera (al netto dei vaccini, dei farmaci SMA, dei farmaci onc, della quota ospedaliera del fondo destinato agli innovativi e dei costi covid per farmaci e ossigeno)+10% diretta non onco FVG
COSTO 2021 AL NETTO DEI COSTI COVID (Fonte: MONITORAGGIO INDICATORI LINEE PER LA GESTIONE 2022 NOVEMBRE-DICEMBRE)	11.505.587,00	32.595.475,00	17.178.491,00	1.880.763,00	3.476.342,00	66.636.658,00	
DELTA % 2022/2021	5,11%	9,36%	15,62%	-1,58%	-4,59%	9,20%	
VICOLO DA LINEE DI GESTIONE	-0,50%	-2,00%	-1,50%	0,00%	-1,00%	-1,00%	
DELTA % RISPETTO VINCOLO	5,61%	11,36%	17,12%	-1,58%	-3,59%	10,20%	

Si riportano inoltre i dati di monitoraggio del vincolo della spesa farmaceutica ospedaliera rappresentati nelle relazioni contenute nei bilanci consuntivi 2022 approvati dagli Enti del SSR.

Tab. 6 – Vincoli Farmaceutica Ospedaliera (dati aziendali)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA DATI AZIENDALI	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	TOTALE	NOTE
COSTO 2022 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2022)	12.762.677,00	35.745.784,31	20.011.372,00	1.832.277,00	3.294.882,00	73.646.992,31	Dato ASUFC: dal costo sostenuto secondo i criteri DCS sono state detratte le note di credito AIFA ricevute dall'azienda
COSTO 2021 (Fonte: RELAZIONE SULLA GESTIONE BILANCI CONSUNTIVI 2022)	12.183.506,00	35.910.494,67	18.545.431,00	1.856.412,00	3.477.039,00	71.972.882,67	
DELTA % 2022/2021	4,75%	-0,46%	7,90%	-1,30%	-5,24%	2,33%	
VICOLO DA LINEE DI GESTIONE	-0,50%	-2,00%	-1,50%	0,00%	-1,00%	-1,00%	
DELTA % RISPETTO VINCOLO	5,25%	1,54%	9,40%	-1,30%	-4,24%	3,33%	

## 2) DISPOSITIVI MEDICI

La DGR 321/2022 prevedeva l'obbligo del rispetto delle misure di contenimento della spesa per dispositivi medici, ad esclusione degli acquisti specificatamente finalizzati alla gestione dell'emergenza pandemica COVID-19.

Tab. 7 – Vincoli Dispositivi Medici

ENTE	2022				delta 2022/2021	delta % 2022/2021	Note aziende
	Consumi per dispositivi (BA0210+BA0303+BA 2673)	Costi per ricerca (tabella informazioni supplementari)	Costi su centri di costo covid (mod CE COV)	Costo dispositivi netto			
ASFO	36.342.407,56		3.650.076,29	32.692.331,27	2.047.324,56	7%	Incremento dei prezzi
ASUFC	106.383.063,48		12.763.970,73	93.619.092,75	9.597.839,82	11%	Incremento produzione
ASUGI	67.306.506,75	161.160,08	10.009.583,43	57.135.763,24	7.401.097,14	15%	Incremento dei prezzi e perseguimento obiettivi di riduzione liste di attesa
BURLO	7.870.968,10	1.061.813,26	738.385,83	6.070.769,01	297.552,80	5%	Incremento produzione
CRO	8.865.933,77	2.041.580,00	294.147,50	6.530.206,27	473.647,85	8%	Incremento produzione e introduzione di nuove linee di attività
ARCS (istituzionale+magazzino)	1.196.834,21			1.196.834,21	810.717,66	210%	
<b>TOTALE</b>	<b>227.965.713,87</b>	<b>3.264.553,34</b>	<b>27.456.163,78</b>	<b>197.244.996,75</b>	<b>20.628.179,83</b>	<b>12%</b>	

ENTE	2021			
	Consumi per dispositivi (BA0210+BA0303+BA 2673)	Costi per ricerca	Costi su centri di costo covid (mod CE COV)	Costo dispositivi netto
ASFO	34.277.449,71		3.632.443,00	30.645.006,71
ASUFC	102.819.927,58		18.798.674,65	84.021.252,93
ASUGI	60.370.226,67		10.635.560,57	49.734.666,10
BURLO	9.417.654,29	2.044.261,43	1.600.176,65	5.773.216,21
CRO	8.278.646,99	1.819.798,00	402.290,57	6.056.558,42
ARCS (istituzionale+magazzino)	386.116,55			386.116,55
<b>TOTALE</b>	<b>215.550.021,79</b>	<b>3.864.059,43</b>	<b>35.069.145,44</b>	<b>176.616.816,92</b>

## 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. Si rappresenta la tabella con i dati estratti per gli anni 2022 e 2021.

Tab. 8 – Prestazioni ambulatoriali pro capite

Azienda residenza	pop. Pesata LG 2022 (dati al 01/01/2021)	n. prestazioni ambulatoriali*		prest. Abit. Pop. Pesata	
		2021	2022	2021	2022
060205 - AS Friuli Occidentale	341.956	789.753	796.743	2,31	2,33
060206 - ASU Friuli Centrale	604.857	1.421.669	1.482.066	2,34	2,45
060207 - ASU Giuliano Isontina	438.645	1.500.221	1.570.243	3,41	3,58
<b>FVG</b>	<b>1.385.458</b>	<b>3.711.643</b>	<b>3.849.052</b>	<b>2,67</b>	<b>2,78</b>

\* Fonte: Estrazione Portale Direzionale SISSR - Universo Siasa Prestazioni aggregate (estrazione del 26/05/2023)

#### 4) MANUTENZIONI ORDINARIE EDILI IMPIANTISTICHE

Tab. 9 – Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche

descrizione vincolo	ENTE	importo vincolo	Totale costo da bilancio 2022 (310.100-310.200.100-310.200.200)	Costi su centri di costo covid (mod CE COV)	Costo al netto del covid	DELTA % RISPETTO VINCOLO
VALORE 2015	ASFO	4.153.402,15	4.279.166,65	-	4.279.166,65	3,03%
	ASUFC*	7.093.488,06	6.664.612,73	44.953,30	6.619.659,43	-6,68%
	ASUGI*	6.547.103,99	6.768.101,81	18.185,00	6.749.916,81	3,10%
	BURLO	272.744,00	268.975,59	-	268.975,59	-1,38%
	CRO	443.245,00	404.680,31	679,54	404.000,77	-8,85%
	ARCS	-	-	-	-	-
	<b>TOTALE</b>		<b>18.509.983,20</b>	<b>18.385.537,09</b>		<b>18.321.719,25</b>

\* Riparto valore ex AAS2 per centro di costo e secondo le percentuali 55%-45%, utilizzate per lo scorporo, per i costi attribuiti ai cdc comuni della ex AAS2.

\*\*Fonte: dati Alimentazione costi Bilanci Consuntivi 2021

## 7 LE PROGETTUALITA' 2022

Le progettualità rendicontate dagli Enti del Servizio sanitario regionale nei bilanci di esercizio 2022 corrispondono a quelle già previste dalla DGR n. 321 dell'11 marzo 2022 ("Lr 22/2019 - Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2022. Approvazione definitiva") e confermate dalla DGR n. 1682 dell'11.11.2022 ("Lr 22/2019. Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale - Anno 2022. Approvazione"), senza che siano intervenute successive modifiche.

Da ARCS, come già rappresentato, è stato trasmesso il decreto del Direttore Generale di ARCS n. 135/2022, al cui Allegato 1 si dà conto di quanto risultante dalle verifiche operate da ARCS (anche sulla base delle informazioni disponibili direttamente alla stessa ARCS) sulle rendicontazioni prodotte dagli enti negli atti di approvazione dei bilanci d'esercizio e relazione sulla gestione dell'anno 2022.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCSPSD), anche sulla base di informazioni e documenti in suo possesso, ha proceduto, infine, alla verifica finale dei risultati delle attività di controllo sopra citate svolte da ARCS nonché alle necessarie, analoghe, verifiche da svolgersi nei confronti di ARCS in relazione a quanto rendicontato da tale Azienda in sede di adozione del bilancio di esercizio 2022 relativamente ai risultati delle attività assegnate dalla d.g.r. n. 1682/2022.

Di seguito si espongono le valutazioni finali definite dalla DCSPSD per i risultati conseguiti dagli enti nello svolgimento delle progettualità/attività assegnate.

I risultati della valutazione sono espressi nelle sintetiche espressioni, di seguito chiarite:

- Obiettivo REALIZZATO: l'ente ha pienamente raggiunto il risultato atteso;
- Obiettivo PARZIALMENTE REALIZZATO: l'ente ha parzialmente raggiunto il risultato atteso;
- Obiettivo NON REALIZZATO: l'ente non ha raggiunto il risultato atteso;
- Obiettivo NON VALUTABILE: l'ente non ha realizzato il risultato atteso per cause ad essa non imputabili, ovvero perché l'obiettivo risulta erroneamente assegnato all'ente in fase di programmazione.



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancato invio rendicontazione per I trim. e invio tardivo per II trim.)
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERIA	- Utilizzo del personale Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERIA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	ASFO	>=1 per 10.000 ab.	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	ASUFC	>=1 per 10.000 ab.	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	ASUGI	>=1 per 10.000 ab.	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	ASFO	>= 98%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	ASUFC	>= 98%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	ASUGI	>= 98%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	PIANI TERRITORIALI COVID-19 Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione circa l'attuazione dei piani territoriali	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera)
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	PIANI TERRITORIALI COVID-19 Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione circa l'attuazione dei piani territoriali	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>A. - Gestione dell'emergenza Covid</b>	PIANI TERRITORIALI COVID-19 Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione circa l'attuazione dei piani territoriali	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera)
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	ASFO	>=75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	ASUFC	>=75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	ASUGI	>=75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	BURLO	>=75%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	CRO	>=75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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;	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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;	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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;	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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;	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (obiettivo solo per Centro Hub)
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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;	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Approprietezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Approprietezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Approprietezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Approprietezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Approprietezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	ASFO	almeno 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	ASUFC	almeno 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	ASUGI	almeno 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	BURLO	almeno 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/ teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	CRO	almeno 5%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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 raggiunto d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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 raggiunto d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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 raggiunto d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Decessi a domicilio	% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice	ASFO	>= 75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Decessi a domicilio	% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice	ASUFC	>= 75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Decessi a domicilio	% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice	ASUGI	>= 75%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Dotazione organica	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 1965/2021)	ASFO	0,1 pl per 1.000 abitanti	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Dotazione organica	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 1965/2021)	ASUFC	0,1 pl per 1.000 abitanti	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Dotazione organica	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 1965/2021)	ASUGI	0,1 pl per 1.000 abitanti	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività al 2023)
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività al 2023)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività al 2023)
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività al 2023)
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività al 2023)
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (relazione non presentata)
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	BURLO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	CRO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	ASFO	30/05/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	ASUFC	30/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	ASUGI	30/05/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancanza di relazione progettuale di riferimento)
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	BURLO	30/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	CRO	30/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancanza di relazione progettuale di riferimento)
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	BURLO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	CRO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	ASFO	entro 15/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	ASUFC	entro 15/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	ASUGI	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancanza di relazione progettuale di riferimento)
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	BURLO	entro 15/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	CRO	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) – su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) – su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) – su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancanza di relazione progettuale di riferimento)
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) – su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	BURLO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) – su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	CRO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	ASFO	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	ASUFC	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	ASUGI	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancanza di relazione progettuale di riferimento)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	BURLO	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	CRO	entro 15/04/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	ASFO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	ASUFC	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	ASUGI	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	BURLO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	CRO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	ASFO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	ASUFC	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	ASUGI	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	BURLO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	CRO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancato rispetto per interventi oncologici utero e colon)
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	ASFO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	ASUFC	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	ASUGI	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.2.1 - Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	BURLO	>=90% per tipologia prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:  Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20 Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	ASFO	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume < 20)  se volume non raggiunto >= 90% per specifica prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:  Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20 Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi  (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	ASUFC	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume < 20)  se volume non raggiunto >= 90% per specifica prestazione	OBIETTIVO NON REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati)</p> <p>uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume &lt; 20</p> <p>Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	ASUGI	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume &lt; 20)</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifica prestazione</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati)</p> <p>uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume &lt; 20</p> <p>Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	BURLO	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume &lt; 20)</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifica prestazione</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati)</p> <p>uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume &lt; 20</p> <p>Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	CRO	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume &lt; 20)</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifica prestazione</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati)</p> <p>uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO)</p> <p>Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	ASFO	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifico intervento</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	ASUFC	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifico intervento</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	ASUGI	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifico intervento</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	BURLO	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifico intervento</p>	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>C.2.2 - Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa</b>	<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO) Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	CRO	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifico intervento</p>	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la PRESA IN CARICO INTEGRATA, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e definisce un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata; l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo definito dall'azienda dà anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale nonché delle caratteristiche operative programmate e delle modalità di funzionamento e utilizzo delle Centrali Operative Territoriali.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata.	ASFO	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la PRESA IN CARICO INTEGRATA, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e definisce un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata; l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo definito dall'azienda dà anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale nonché delle caratteristiche operative programmate e delle modalità di funzionamento e utilizzo delle Centrali Operative Territoriali.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata.	ASUFC	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la PRESA IN CARICO INTEGRATA, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e definisce un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata; l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo definito dall'azienda dà anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale nonché delle caratteristiche operative programmate e delle modalità di funzionamento e utilizzo delle Centrali Operative Territoriali.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata.	ASUGI	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli operativi, modelli organizzativi e procedure in uso nell'azienda per le attività di ASSISTENZA DOMICILIARE, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi -, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", pre-pandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda; l'azienda definisce, altresì, un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di assistenza domiciliare.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di ASSISTENZA DOMICILIARE di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017.	ASFO	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli operativi, modelli organizzativi e procedure in uso nell'azienda per le attività di ASSISTENZA DOMICILIARE, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi -, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", prepandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda; l'azienda definisce, altresì, un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di assistenza domiciliare.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di ASSISTENZA DOMICILIARE di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017.	ASUFC	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli operativi, modelli organizzativi e procedure in uso nell'azienda per le attività di ASSISTENZA DOMICILIARE, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi -, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", prepandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda; l'azienda definisce, altresì, un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di assistenza domiciliare.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di ASSISTENZA DOMICILIARE di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017.	ASUGI	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei modelli organizzativi, protocolli operativi e procedure in uso nell'azienda per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA) di cui al vigente articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori medi, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale); l'azienda verifica l'uniformità del modello organizzativo e protocollo operativo in uso nelle USCA aziendali, prevedendo in caso di difformità la predisposizione un modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato a cui le USCA devono adeguarsi.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché la descrizione dell'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA).	ASFO	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei modelli organizzativi, protocolli operativi e procedure in uso nell'azienda per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA) di cui al vigente articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori medi, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale); l'azienda verifica l'uniformità del modello organizzativo e protocollo operativo in uso nelle USCA aziendali, prevedendo in caso di difformità la predisposizione un modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato a cui le USCA devono adeguarsi.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché la descrizione dell'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA).	ASUFC	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei modelli organizzativi, protocolli operativi e procedure in uso nell'azienda per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA) di cui al vigente articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori medi, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale); l'azienda verifica l'uniformità del modello organizzativo e protocollo operativo in uso nelle USCA aziendali, prevedendo in caso di difformità la predisposizione un modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato a cui le USCA devono adeguarsi.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché la descrizione dell'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA).	ASUGI	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) elabora un dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale (Hub o Spoke).	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente il piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.	ASFO	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) elabora un dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale (Hub o Spoke).	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente il piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.	ASUFC	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) elabora un dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale (Hub o Spoke).	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente il piano di attività programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.	ASUGI	30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)  31/05/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P14C Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P14C Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P14C Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Ca Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Ca Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Ca Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cb Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cb Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cb Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cc Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non disponibilità dati per camnbiamento sistemi informativi)
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cc Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non disponibilità dati per camnbiamento sistemi informativi)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cc Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non disponibilità dati per cambiamento sistemi informativi)
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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.	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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.	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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.	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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.	BURLO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli 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.	CRO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D27C Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D27C Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D27C Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non disponibilità dati nei sistemi informativi)
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non disponibilità dati nei sistemi informativi)
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non disponibilità dati nei sistemi informativi)
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	CRO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	BURLO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	CRO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	BURLO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - HUB Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - HUB Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - HUB Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - SPOKE Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - SPOKE Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancato rispetto Presidi Latiana e Palmanova)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - SPOKE Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	ASFO	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	ASUFC	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancato rispetto Presidio Tolmezzo)
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	ASUGI	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H18C % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	ASFO	Obiettivo 2022 è valore riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H18C % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	ASUFC	Obiettivo 2022 è valore riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.1 - Indicatori LEA - CORE</b>	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H18C % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	BURLO	Obiettivo 2022 è valore riferimento LEA 2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	ASFO	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	ASUFC	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	OBIETTIVO PARzialmente REALIZZATO (risultato Presidio di Tolmezzo, anche se lievemente superiore al 2020, migliore di più del cinquanta per cento rispetto al target)
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	ASUGI	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	BURLO	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	ASUFC	Per i punti nascita che hanno registrato un valore > 19% nell'anno 2020 il target 2022 è <= 19%	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	ASFO	Per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS) <=8%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	ASUFC	Per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS) <=8%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	BURLO	Per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS) <=8%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	ASFO	Per i punti nascita SPOKE <=7%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	ASUFC	Per i punti nascita SPOKE <=7%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.2.1 - Area perinatale</b>	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	ASUGI	Per i punti nascita SPOKE <=7%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>E.2.2 - Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica</b>	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	incidenza % del Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica – sul Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2022	ASFO	>= 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.2.2 - Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica</b>	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	incidenza % del Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica – sul Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2022	ASUFC	>= 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>E.2.2 - Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica</b>	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	incidenza % del Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica – sul Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2022	ASUGI	>= 5%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.1.2 - Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi</b>	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	ASFO	entro 11/3/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.1.2 - Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi</b>	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	ASUFC	entro 11/3/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.2 - Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi</b>	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	ASUGI	entro 11/3/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.2 - Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi</b>	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	BURLO	entro 11/3/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.2 - Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi</b>	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	CRO	entro 11/3/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	ASFO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	ASUFC	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	ASUGI	entro 30/06/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	BURLO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	CRO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2022)	ASFO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2022)	ASUFC	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2022)	ASUGI	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Campagna vaccinale antinfluenzale 2022-2023	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2022	ASFO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Campagna vaccinale antinfluenzale 2022-2023	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2022	ASUFC	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Campagna vaccinale antinfluenzale 2022-2023	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2022	ASUGI	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale dell'esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	ASFO	> valore 2019	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale dell'esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	ASUFC	> valore 2019	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale dell'esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	ASUGI	> valore 2019	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	copertura vaccinale MMR (1^ e 2^ dose)	ASFO	> valore 2019	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	copertura vaccinale MMR (1^ e 2^ dose)	ASUFC	> valore 2019	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	copertura vaccinale MMR (1^ e 2^ dose)	ASUGI	> valore 2019	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Obiettivo inserito con DGR 1682/2022 Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Risultato atteso inserito con DGR 1682/2022 Copertura vaccinale antipertosse (dTAP) donne in gravidanza (dato anno 2021: 51,68%)	ASFO	15% (target inserito con DGR 1682/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020 (coorte 1955): (30%)	ASFO	30%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020 (coorte 1955): (30%)	ASUFC	30%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020 (coorte 1955): (30%)	ASUGI	30%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione anti herpes zoster gratuita dei soggetti con patologia come previsto dalla DGR in fase di approvazione	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione anti herpes zoster gratuita dei soggetti con patologia come previsto dalla DGR in fase di approvazione	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione anti herpes zoster gratuita dei soggetti con patologia come previsto dalla DGR in fase di approvazione	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.1.3 - Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione</b>	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Supporto logistico attività di screening</b>	1. Garantire il supporto logistico per le sedi di acquisizione delle immagini per lo screening mammografico	a. In tutte le sedi di acquisizione delle immagini dello screening mammografico è a disposizione la sede per l'accoglimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si rendesse necessario, di 24 ore.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Supporto logistico attività di screening</b>	1. Garantire il supporto logistico per le sedi di acquisizione delle immagini per lo screening mammografico	a. In tutte le sedi di acquisizione delle immagini dello screening mammografico è a disposizione la sede per l'accoglimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si rendesse necessario, di 24 ore.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Supporto logistico attività di screening</b>	1. Garantire il supporto logistico per le sedi di acquisizione delle immagini per lo screening mammografico	a. In tutte le sedi di acquisizione delle immagini dello screening mammografico è a disposizione la sede per l'accoglimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si rendesse necessario, di 24 ore.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening della cervice uterina	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	ASFO	>= 60% delle donne convocate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening della cervice uterina	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	ASUFC	>= 60% delle donne convocate	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening della cervice uterina	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	ASUGI	>= 60% delle donne convocate	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	2. Fornire le indicazioni per la formulazione delle agende della cervice con almeno due mesi di anticipo	Le aziende sanitarie inviano ad ARCS l'offerta ambulatoriale per lo screening della cervice uterina almeno due mesi prima del periodo d'interesse.	ASFO	almeno 2 mesi prima del periodo d'interesse	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	2. Fornire le indicazioni per la formulazione delle agende della cervice con almeno due mesi di anticipo	Le aziende sanitarie inviano ad ARCS l'offerta ambulatoriale per lo screening della cervice uterina almeno due mesi prima del periodo d'interesse.	ASUFC	almeno 2 mesi prima del periodo d'interesse	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	2. Fornire le indicazioni per la formulazione delle agende della cervice con almeno due mesi di anticipo	Le aziende sanitarie inviano ad ARCS l'offerta ambulatoriale per lo screening della cervice uterina almeno due mesi prima del periodo d'interesse.	ASUGI	almeno 2 mesi prima del periodo d'interesse	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	3. Recuperare gli inviti non effettuati nel 2021 per lo screening della cervice uterina	Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.	ASFO	100% recupero inviti entro 31/12/22	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	3. Recuperare gli inviti non effettuati nel 2021 per lo screening della cervice uterina	Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.	ASUFC	100% recupero inviti entro 31/12/22	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	3. Recuperare gli inviti non effettuati nel 2021 per lo screening della cervice uterina	Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.	ASUGI	100% recupero inviti entro 31/12/22	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	4. Assicurare la tempestiva lettura pap test primari fino a completa transizione del programma verso il centro di lettura unico di ASUGI	% dei Pap-Test primari refertati entro 21 giorni, presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei Pap test refertati entro 21 gg dalla data dell'ultimo prelievo) Periodo di misurazione dal 1/1/2022 al 30/6/2022	ASFO	>= 80% entro 21 gg	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	4. Assicurare la tempestiva lettura pap test primari fino a completa transizione del programma verso il centro di lettura unico di ASUGI	% dei Pap-Test primari refertati entro 21 giorni, presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei Pap test refertati entro 21 gg dalla data dell'ultimo prelievo) Periodo di misurazione dal 1/1/2022 al 30/6/2022	ASUFC	>= 80% entro 21 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	4. Assicurare la tempestiva lettura pap test primari fino a completa transizione del programma verso il centro di lettura unico di ASUGI	% dei Pap-Test primari refertati entro 21 giorni, presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei Pap test refertati entro 21 gg dalla data dell'ultimo prelievo) Periodo di misurazione dal 1/1/2022 al 30/6/2022	ASUGI	>= 80% entro 21 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV –Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA primari e di tutte le letture dei Pap-Test di screening analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi dal 1/7/2022	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV –Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA primari e di tutte le letture dei Pap-Test di screening analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi dal 1/7/2022	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV –Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA primari e di tutte le letture dei Pap-Test di screening analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi dal 1/7/2022	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV –Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA di triage su Ascus e HPV-DBA e Cervico-Citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi a partire dal 1/7/2022	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV –Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA di triage su Ascus e HPV-DBA e Cervico-Citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi a partire dal 1/7/2022	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV –Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA di triage su Ascus e HPV-DBA e Cervico-Citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi a partire dal 1/7/2022	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di casi in cui l'appuntamento per la colposcopia di II livello viene dato entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello	ASFO	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di casi in cui l'appuntamento per la colposcopia di II livello viene dato entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello	ASUFC	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di casi in cui l'appuntamento per la colposcopia di II livello viene dato entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello	ASUGI	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di casi in cui l'appuntamento per la colposcopia di II livello viene dato entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello	CRO	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	7. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico di II livello	% di esami istocitopatologici refertati entro 15 giorni lavorativi dalla colposcopia	ASFO	>=85%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	7. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico di II livello	% di esami istocitopatologici refertati entro 15 giorni lavorativi dalla colposcopia	ASUFC	>=85%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	7. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico di II livello	% di esami istocitopatologici refertati entro 15 giorni lavorativi dalla colposcopia	ASUGI	>=85%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	7. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico di II livello	% di esami istocitopatologici refertati entro 15 giorni lavorativi dalla colposcopia	CRO	>=85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening: (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni)	ASFO	>= 64% delle donne convocate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening: (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni)	ASUFC	>= 64% delle donne convocate	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening: (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni)	ASUGI	>= 64% delle donne convocate	OBIETTIVO NON REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimento mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguiti dai radiologi formati	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimento mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguiti dai radiologi formati	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimento mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguiti dai radiologi formati	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimento mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguiti dai radiologi formati	CRO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 30.06.2022 verificano internamente la necessità di formare ulteriori radiologi per la lettura di mammografie di screening e ne comunicano gli esiti ad ARCS	ASFO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 30.06.2022 verificano internamente la necessità di formare ulteriori radiologi per la lettura di mammografie di screening e ne comunicano gli esiti ad ARCS	ASUFC	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 30.06.2022 verificano internamente la necessità di formare ulteriori radiologi per la lettura di mammografie di screening e ne comunicano gli esiti ad ARCS	ASUGI	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 30.06.2022 verificano internamente la necessità di formare ulteriori radiologi per la lettura di mammografie di screening e ne comunicano gli esiti ad ARCS	CRO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 31.12.2022 le aziende interessate attivano il percorso formativo secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 31.12.2022 le aziende interessate attivano il percorso formativo secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 31.12.2022 le aziende interessate attivano il percorso formativo secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 31.12.2022 le aziende interessate attivano il percorso formativo secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello ≤ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello	ASFO	≥80%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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 $\leq$ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello	ASUFC	$\geq 80\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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 $\leq$ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello	ASUGI	$\geq 80\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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 $\leq$ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello	CRO	$\geq 80\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	ASFO	$\geq 95\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	ASUFC	$\geq 95\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	ASUGI	$\geq 95\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	CRO	$\geq 95\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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)	ASFO	$< 10\%$	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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)	ASUFC	< 10%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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)	ASUGI	< 10%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	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)	CRO	< 10%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	ASFO	>= 85%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	ASUFC	>= 85%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	ASUGI	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	CRO	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 45-74 anni).	ASFO	>= 60% della popolazione convocata	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 45-74 anni).	ASUFC	>= 60% della popolazione convocata	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 45-74 anni).	ASUGI	>= 60% della popolazione convocata	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	ASFO	>= 95%	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	ASUFC	>= 95%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	ASUGI	>= 95%	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancato rispetto nei Presidi di Gorizia e Monfalcone)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	CRO	>= 95%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	ASFO	>= 90%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	ASUFC	>= 90%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	ASUGI	>= 90%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	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	CRO	>= 90%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (dati per la verifica non disponibili a sistema)
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	ASFO	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	ASUFC	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	ASUGI	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	CRO	>= 85%	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	ASFO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	ASUFC	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	ASUGI	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	BURLO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	CRO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.3 - Rete HPH - Aziende</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.4 - Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario</b>	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). Mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione	ASFO	entro 7 gg 100% richieste	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.4 - Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario</b>	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). Mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione	ASUFC	entro 7 gg 100% richieste	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.4 - Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario</b>	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). Mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione	ASUGI	entro 7 gg 100% richieste	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2022	ASFO	70% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2022	ASUFC	70% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2022	ASUGI	70% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	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)	- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2022 - il n. audit per settore programmati per il 2022 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2022 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	ASFO	>= n° di interventi programmati dal PRISAN	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	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)	- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2022 - il n. audit per settore programmati per il 2022 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2022 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	ASUFC	>= n° di interventi programmati dal PRISAN	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	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)	- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2022 - il n. audit per settore programmati per il 2022 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2022 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	ASUGI	>= n° di interventi programmati dal PRISAN	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	ASFO	100% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	ASUFC	100% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	ASUGI	100% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Applicare il protocollo PPL malghe 2022 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2022.	ASFO	entro il 30/6/2022 il 100% degli operatori di sicurezza alimentare (OSA) applica il protocollo al controllo delle malghe	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Applicare il protocollo PPL malghe 2022 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2022.	ASUFC	entro il 30/6/2022 il 100% degli operatori di sicurezza alimentare (OSA) applica il protocollo al controllo delle malghe	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Applicare il protocollo PPL malghe 2022 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2022.	ASUGI	entro il 30/6/2022 il 100% degli operatori di sicurezza alimentare (OSA) applica il protocollo al controllo delle malghe	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile al territorio)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Trasmettere entro il 31/01/2023 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	ASFO	entro 31/01/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Trasmettere entro il 31/01/2023 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	ASUFC	entro 31/01/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Trasmettere entro il 31/01/2023 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	ASUGI	entro 31/01/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	SISTEMA INFORMATIVO SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 32/2021, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	SISTEMA INFORMATIVO SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 32/2021, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	SISTEMA INFORMATIVO SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 32/2021, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	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	% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	ASFO	100%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	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	% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	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	% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	ANAGRAFE OVI CAPRINA  Attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	ASFO	3%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	ANAGRAFE OVI CAPRINA  Attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	ASUFC	3%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	ANAGRAFE OVI CAPRINA  Attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	ASUGI	3%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2022	ASFO	100% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2022	ASUFC	100% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2022	ASUGI	100% entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Igiene Urbana Veterinaria.	% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Igiene Urbana Veterinaria.	% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.5 - Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria</b>	Igiene Urbana Veterinaria.	% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro il termine del 31 marzo previsto da ACN.	ASFO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro il termine del 31 marzo previsto da ACN.	ASUFC	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro il termine del 31 marzo previsto da ACN.	ASUGI	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Sistemi di valutazione MMG	Le aziende acquisiscono ed elaborano i dati in tempo utile per effettuare entro il 30 aprile in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN la valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG	ASFO	entro 30/04/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (obiettivi riformulati per adempimenti profili privacy)
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Sistemi di valutazione MMG	Le aziende acquisiscono ed elaborano i dati in tempo utile per effettuare entro il 30 aprile in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN la valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG	ASUFC	entro 30/04/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (obiettivi riformulati per adempimenti profili privacy)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Sistemi di valutazione MMG	Le aziende acquisiscono ed elaborano i dati in tempo utile per effettuare entro il 30 aprile in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN la valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG	ASUGI	entro 30/04/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (obiettivi riformulati per adempimenti profili privacy)
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Definizione fondi	Le Aziende effettuano la ricognizione dei fondi costituiti secondo le indicazioni degli ACN e AIR e trasmettono le relative risultanze alla DCS entro il 30.04.2022	ASFO	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Definizione fondi	Le Aziende effettuano la ricognizione dei fondi costituiti secondo le indicazioni degli ACN e AIR e trasmettono le relative risultanze alla DCS entro il 30.04.2022	ASUFC	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Definizione fondi	Le Aziende effettuano la ricognizione dei fondi costituiti secondo le indicazioni degli ACN e AIR e trasmettono le relative risultanze alla DCS entro il 30.04.2022	ASUGI	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Revisione dell'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale	Entro il 30.06.2022 ASUGI, ASUIUD e ASFO trasmettono alla DCS i provvedimenti aziendali recanti il Regolamento sull'Organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento per intervenuta nuova disciplina nazionale da ACN)
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Revisione dell'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale	Entro il 30.06.2022 ASUGI, ASUIUD e ASFO trasmettono alla DCS i provvedimenti aziendali recanti il Regolamento sull'Organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento per intervenuta nuova disciplina nazionale da ACN)
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Revisione dell'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale	Entro il 30.06.2022 ASUGI, ASUIUD e ASFO trasmettono alla DCS i provvedimenti aziendali recanti il Regolamento sull'Organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento per intervenuta nuova disciplina nazionale da ACN)
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Promozione telemedicina	Entro il 31.12.2022 le Aziende inviano un report sulla promozione da loro effettuata nei confronti dei medici convenzionati	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Promozione telemedicina	Entro il 31.12.2022 le Aziende inviano un report sulla promozione da loro effettuata nei confronti dei medici convenzionati	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.1 - Assistenza primaria</b>	Promozione telemedicina	Entro il 31.12.2022 le Aziende inviano un report sulla promozione da loro effettuata nei confronti dei medici convenzionati	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.2 - Disturbi dello Spettro Autistico</b>	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2022 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.2 - Disturbi dello Spettro Autistico</b>	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2022 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.2 - Disturbi dello Spettro Autistico</b>	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2022 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	RETE ASSISTENZIALE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE  Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2022 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva; - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e utenti in carico ai servizi nel corso del 2022 per sesso, età e diagnosi; - composizione equipe funzionale multidisciplinare al dicembre 2022 ed eventuali variazioni nel corso dell'anno (rif. DGR 668/2017).	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	RETE ASSISTENZIALE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE  Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2022 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva; - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e utenti in carico ai servizi nel corso del 2022 per sesso, età e diagnosi; - composizione equipe funzionale multidisciplinare al dicembre 2022 ed eventuali variazioni nel corso dell'anno (rif. DGR 668/2017).	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	RETE ASSISTENZIALE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE  Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2022 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva; - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e utenti in carico ai servizi nel corso del 2022 per sesso, età e diagnosi; - composizione equipe funzionale multidisciplinare al dicembre 2022 ed eventuali variazioni nel corso dell'anno (rif. DGR 668/2017).	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati.	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 30/6/2022: Invio congiunto ad ARCS e alla DCS dell'elenco degli indicatori proposti e degli strumenti di monitoraggio individuati.	BURLO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2022.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 31.12.2022: invio congiunto ad ARCS e alla DCS di un report di monitoraggio sulle attività e sull'outcome adulti e minori anno 2022.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro 31.12.2022 invio congiunto alla DCS di una relazione sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Trasmissione congiunto alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta, entro febbraio 2023.	ASUFC	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.3 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA)</b>	OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI ADULTI E MINORI Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Burlo Garofolo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Trasmissione congiunto alla DCS del report elaborato sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico relativo agli indicatori condivisi per età evolutiva e adulta, entro febbraio 2023.	BURLO	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - Sanità penitenziaria</b>	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 30.06.2022, invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, dei nominativi per la rete interaziendale di giustizia minorile	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - Sanità penitenziaria</b>	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 30.06.2022, invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, dei nominativi per la rete interaziendale di giustizia minorile	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - Sanità penitenziaria</b>	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 30.06.2022, invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, dei nominativi per la rete interaziendale di giustizia minorile	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - Sanità penitenziaria</b>	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 31.12.2022 invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di un report sulle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - Sanità penitenziaria</b>	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 31.12.2022 invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di un report sulle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.4 - Sanità penitenziaria</b>	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 31.12.2022 invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di un report sulle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - 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 31.12.2022 invio di un report alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - 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 31.12.2022 invio di un report alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.4 - 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 31.12.2022 invio di un report alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.5 - Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale</b>	Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancata realizzazione per tutte le attività programmate)
<b>2.5 - Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale</b>	Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (mancata attivazione Referenti del Sistema Penitenziario)
<b>2.5 - Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale</b>	Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.5 - Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale</b>	Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.5 - Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale</b>	Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.5 - Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale</b>	Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - 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	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	ASFO	entro 45 gg applicazione misura sicurezza	OBIETTIVO NON VALUTABILE (mancati nuovi ingressi in REMS nell'anno)
<b>2.6 - 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	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	ASUFC	entro 45 gg applicazione misura sicurezza	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - 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	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	ASUGI	entro 45 gg applicazione misura sicurezza	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Criteri per le priorità di ingresso in REMS delle persone soggette a misura di sicurezza ed in lista d'attesa	Predisposizione dei criteri per le priorità di ingresso ed invio al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 30/06/2022	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Criteri per le priorità di ingresso in REMS delle persone soggette a misura di sicurezza ed in lista d'attesa	Predisposizione dei criteri per le priorità di ingresso ed invio al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 30/06/2022	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Criteri per le priorità di ingresso in REMS delle persone soggette a misura di sicurezza ed in lista d'attesa	Predisposizione dei criteri per le priorità di ingresso ed invio al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 30/06/2022	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità; tali progetti riguardano almeno l'80% delle persone soggette a misura di sicurezza di propria competenza territoriale al 31/12/2022	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.6 - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità; tali progetti riguardano almeno l'80% delle persone soggette a misura di sicurezza di propria competenza territoriale al 31/12/2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.6 - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)</b>	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità; tali progetti riguardano almeno l'80% delle persone soggette a misura di sicurezza di propria competenza territoriale al 31/12/2022	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (riapertura REMS di competenza solo a fine anno)
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione alla DCS di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2022	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione alla DCS di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione alla DCS di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2022	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 31.08.2022: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e il monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, riferito al primo semestre 2022	ASFO	31/08/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 31.08.2022: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e il monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, riferito al primo semestre 2022	ASUFC	31/08/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 31.08.2022: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e il monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, riferito al primo semestre 2022	ASUGI	31/08/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 01.02.2023: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali riferito al secondo semestre 2022	ASFO	01/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 01.02.2023: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali riferito al secondo semestre 2022	ASUFC	01/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.7 - Salute mentale</b>	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 01.02.2023: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali riferito al secondo semestre 2022	ASUGI	01/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	ASFO	1400 prestazioni / anno	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	ASUFC	1400 prestazioni / anno	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	ASUGI	1400 prestazioni / anno	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	BURLO	1400 prestazioni / anno	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASFO	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASUFC	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASUGI	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	BURLO	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1.5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASFO	>=1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1.5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASUFC	>=1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1.5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASUGI	>=1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1.5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	BURLO	>=1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASFO	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASUFC	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	ASUGI	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	BURLO	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	ASFO	1400 prestazioni/riunito	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	ASUFC	1400 prestazioni/riunito	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	ASUGI	1400 prestazioni/riunito	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	BURLO	1400 prestazioni/riunito	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	ASUGI	< 30% per ASUGI	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	ASFO	< 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	ASUFC	< 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	BURLO	< 40% per ASUFC, ASFO e Burlo Garofolo	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	BURLO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	ASFO	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	ASUFC	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	ASUGI	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	BURLO	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	ASUGI: apertura dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia	Apertura da parte di ASUGI dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	ASUFC: potenziamento dell'attività di Gemona, chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili);	ASUFC deve effettuare il potenziamento dell'attività di Gemona, la chiusura dell'ambulatorio di San Giorgio di Nogaro, il rafforzamento dell'ambulatorio di Latisana e il piano di fattibilità per sviluppare attività odontoiatrica a Palmanova (anche per P.S. odontoiatrico a valenza regionale per soggetti disabili)	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	ASFO: razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo;	ASFO deve operare la razionalizzazione ed implementazione degli ambulatori di Maniago e Spilimbergo	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.8 - Odontoiatria pubblica</b>	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.9 - Emergenza urgenza territoriale</b>	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	ASFO	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 31/10/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.9 - Emergenza urgenza territoriale</b>	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	ASUFC	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 31/10/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>2.9 - Emergenza urgenza territoriale</b>	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	ASUGI	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 31/10/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.9 - Emergenza urgenza territoriale</b>	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	BURLO	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 31/10/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'ente)
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (mancato invio di dati di un Distretto)
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>	N° attività formative congiunte in tema di progetti personalizzati	ASFO	almeno 1 attività formativa	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>	N° attività formative congiunte in tema di progetti personalizzati	ASUFC	almeno 1 attività formativa	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>	N° attività formative congiunte in tema di progetti personalizzati	ASUGI	almeno 1 attività formativa	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO A SUPPORTO DELLA PRESA IN CARICO Definizione da parte del gruppo tecnico (composto da referenti dei Distretti e dei Servizi sociali dei Comuni) della proposta di documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione di linee guida.	Evidenza del documento entro il 31.12.2022	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO A SUPPORTO DELLA PRESA IN CARICO Definizione da parte del gruppo tecnico (composto da referenti dei Distretti e dei Servizi sociali dei Comuni) della proposta di documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione di linee guida.	Evidenza del documento entro il 31.12.2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.1 - Non autosufficienza</b>	SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO A SUPPORTO DELLA PRESA IN CARICO Definizione da parte del gruppo tecnico (composto da referenti dei Distretti e dei Servizi sociali dei Comuni) della proposta di documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione di linee guida.	Evidenza del documento entro il 31.12.2022	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	AVVIO SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Avviare la sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Le Aziende hanno emanato appositi avvisi relativi al percorso di co-programmazione entro 31.12.22	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita all'anno seguente)
<b>3.2 - Anziani</b>	AVVIO SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Avviare la sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Le Aziende hanno emanato appositi avvisi relativi al percorso di co-programmazione entro 31.12.22	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita all'anno seguente)
<b>3.2 - Anziani</b>	AVVIO SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Avviare la sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Le Aziende hanno emanato appositi avvisi relativi al percorso di co-programmazione entro 31.12.22	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita all'anno seguente)
<b>3.2 - Anziani</b>	SI FA RETE. SOSTENIAMO INSIEME LA FRAGILITA' DELL'ANZIANO Collaborare alla progettazione locale con le associazioni individuate dal progetto per la presa in carico precoce dell'anziano fragile	Partecipazione agli incontri per la definizione delle modalità operative di realizzazione delle singole azioni progettuali	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	SI FA RETE. SOSTENIAMO INSIEME LA FRAGILITA' DELL'ANZIANO Collaborare alla progettazione locale con le associazioni individuate dal progetto per la presa in carico precoce dell'anziano fragile	Partecipazione agli incontri per la definizione delle modalità operative di realizzazione delle singole azioni progettuali	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	SI FA RETE. SOSTENIAMO INSIEME LA FRAGILITA' DELL'ANZIANO Collaborare alla progettazione locale con le associazioni individuate dal progetto per la presa in carico precoce dell'anziano fragile	Partecipazione agli incontri per la definizione delle modalità operative di realizzazione delle singole azioni progettuali	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati, i soggetti coinvolti e i risultati attesi;	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati, i soggetti coinvolti e i risultati attesi;	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.2 - Anziani</b>	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi programmati, i soggetti coinvolti e i risultati attesi;	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	n° visite di audit approfondite per azienda	ASFO	2 visite di audit	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.2 - Anziani</b>	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	n° visite di audit approfondite per azienda	ASUFC	2 visite di audit	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	n° visite di audit approfondite per azienda	ASUGI	2 visite di audit	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2022 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2021.	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2022 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2021.	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2022 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2021.	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	TELEASSISTENZA DOMICILIARE Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Le aziende sanitarie implementano il piano di miglioramento predisposto nel 2021.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	TELEASSISTENZA DOMICILIARE Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Le aziende sanitarie implementano il piano di miglioramento predisposto nel 2021.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.2 - Anziani</b>	TELEASSISTENZA DOMICILIARE Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Le aziende sanitarie implementano il piano di miglioramento predisposto nel 2021.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASFO	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASUFC	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASUGI	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico alle sperimentazioni valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASFO	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico alle sperimentazioni valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASUFC	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico alle sperimentazioni valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASUGI	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi) valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASFO	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi) valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASUFC	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi) valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	ASUGI	85% (target modificato con DGR 1682/2022) 100% (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (l'Azienda segnala la mancata ricezione di richieste)
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e, laddove previsto, presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96)  Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e, laddove previsto, presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e, laddove previsto, presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (l'Azienda segnala la mancata ricezione di richieste)
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Per i soggetti ex art. 26 che aderiscono ai progetti sperimentali le Aziende procedono, utilizzando le rispettive quote, a un graduale passaggio dal sistema di finanziamento attuale a quello previsto dai LEA.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente progettuale regionale)
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Per i soggetti ex art. 26 che aderiscono ai progetti sperimentali le Aziende procedono, utilizzando le rispettive quote, a un graduale passaggio dal sistema di finanziamento attuale a quello previsto dai LEA.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente progettuale regionale)
<b>3.3 - Disabilità</b>	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Per i soggetti ex art. 26 che aderiscono ai progetti sperimentali le Aziende procedono, utilizzando le rispettive quote, a un graduale passaggio dal sistema di finanziamento attuale a quello previsto dai LEA.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente progettuale regionale)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.3 - Disabilità</b>	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture entro il 31.12.22	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture entro il 31.12.22	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.3 - Disabilità</b>	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture entro il 31.12.22	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	% minore accolti in struttura per i quali viene effettuata la valutazione multidimensionale	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	% minore accolti in struttura per i quali viene effettuata la valutazione multidimensionale	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	% minore accolti in struttura per i quali viene effettuata la valutazione multidimensionale	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 valutati che dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 valutati che dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.4 - Minori</b>	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 valutati che dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali che dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	ASFO	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali che dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	ASUFC	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali che dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	N° e Tipologia dei progetti personalizzati, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	N° e Tipologia dei progetti personalizzati, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	N° e Tipologia dei progetti personalizzati, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 e dell'impatto che il programma ha avuto	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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 e dell'impatto che il programma ha avuto	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.4 - Minori</b>	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 e dell'impatto che il programma ha avuto	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.4 - Minori</b>	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	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO (parziale partecipazione nelle fasi formative)
<b>3.4 - Minori</b>	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	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	PROGRAMMI ABILITATIVI PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE  Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione.	Partecipazione dei referenti del Tavolo Tecnico alla stesura di un documento unico dei DSM regionali, condiviso dagli Enti del Terzo settore, e dagli stakeholders contenente gli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking (evidenza di coprogettazioni, strumenti integrati di intervento, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, convenzioni, contributi, ecc.).	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.5 - Salute mentale</b>	PROGRAMMI ABILITATIVI PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE  Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione.	Partecipazione dei referenti del Tavolo Tecnico alla stesura di un documento unico dei DSM regionali, condiviso dagli Enti del Terzo settore, e dagli stakeholders contenente gli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking (evidenza di coprogettazioni, strumenti integrati di intervento, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, convenzioni, contributi, ecc.).	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	PROGRAMMI ABILITATIVI PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE  Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione.	Partecipazione dei referenti del Tavolo Tecnico alla stesura di un documento unico dei DSM regionali, condiviso dagli Enti del Terzo settore, e dagli stakeholders contenente gli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking (evidenza di coprogettazioni, strumenti integrati di intervento, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, convenzioni, contributi, ecc.).	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Mantenimento utilizzo dello strumento HONOS nell'attività ordinaria e miglioramento dell'attività di valutazione degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti dei DSM alle attività finalizzate alla stesura di un documento unico regionale relativo alla costruzione di un disegno di ricerca per la covalutazione con i destinatari e il Terzo Settore, degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Mantenimento utilizzo dello strumento HONOS nell'attività ordinaria e miglioramento dell'attività di valutazione degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti dei DSM alle attività finalizzate alla stesura di un documento unico regionale relativo alla costruzione di un disegno di ricerca per la covalutazione con i destinatari e il Terzo Settore, degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Mantenimento utilizzo dello strumento HONOS nell'attività ordinaria e miglioramento dell'attività di valutazione degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti dei DSM alle attività finalizzate alla stesura di un documento unico regionale relativo alla costruzione di un disegno di ricerca per la covalutazione con i destinatari e il Terzo Settore, degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Supportare le sperimentazioni e i progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi promossi dai servizi.	Realizzazione di interventi formativi e di coinvolgimento delle figure dei peer support workers e delle persone con esperienza nelle attività abilitative orientate alla recovery e consolidamento delle progettualità con la partecipazione del Terzo settore e in particolare delle Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12)	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Supportare le sperimentazioni e i progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi promossi dai servizi.	Realizzazione di interventi formativi e di coinvolgimento delle figure dei peer support workers e delle persone con esperienza nelle attività abilitative orientate alla recovery e consolidamento delle progettualità con la partecipazione del Terzo settore e in particolare delle Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12)	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Supportare le sperimentazioni e i progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi promossi dai servizi.	Realizzazione di interventi formativi e di coinvolgimento delle figure dei peer support workers e delle persone con esperienza nelle attività abilitative orientate alla recovery e consolidamento delle progettualità con la partecipazione del Terzo settore e in particolare delle Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12)	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DSM l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento nel sistema informativo Point pSM dei progetti personalizzati entro il 31.12.22 per tutte le persone con bisogni complessi in carico ai DSM. Stima indicativa del target: 30% del totale delle persone in carico ai DSM.	ASFO	30% totale persone in carico al DSM entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DSM l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento nel sistema informativo Point pSM dei progetti personalizzati entro il 31.12.22 per tutte le persone con bisogni complessi in carico ai DSM. Stima indicativa del target: 30% del totale delle persone in carico ai DSM.	ASUFC	30% totale persone in carico al DSM entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.5 - Salute mentale</b>	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DSM l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento nel sistema informativo Point pSM dei progetti personalizzati entro il 31.12.22 per tutte le persone con bisogni complessi in carico ai DSM. Stima indicativa del target: 30% del totale delle persone in carico ai DSM.	ASUGI	30% totale persone in carico al DSM entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Adozione formale di un modello comune di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Adozione formale di un modello comune di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Adozione formale di un modello comune di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 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	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 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	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 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	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3 % delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti a cui è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio	ASFO	70% persone testabili	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3 % delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti a cui è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio	ASUFC	70% persone testabili	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3 % delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti a cui è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio	ASUGI	70% persone testabili	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.1 Relazione sui dati degli inserimenti in struttura intra ed extra regionale, con motivazione espressa per gli invii fuori regione e con evidenza degli esiti dell'attività di collaborazione con le Comunità terapeutiche regionali in termini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili rispetto all'esercizio precedente	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.1 Relazione sui dati degli inserimenti in struttura intra ed extra regionale, con motivazione espressa per gli invii fuori regione e con evidenza degli esiti dell'attività di collaborazione con le Comunità terapeutiche regionali in termini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili rispetto all'esercizio precedente	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.1 Relazione sui dati degli inserimenti in struttura intra ed extra regionale, con motivazione espressa per gli invii fuori regione e con evidenza degli esiti dell'attività di collaborazione con le Comunità terapeutiche regionali in termini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili rispetto all'esercizio precedente	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.2 n° eventi di formazione congiunta e intersettoriale in tema di nuove dipendenze tecnologiche, con particolare riguardo al target giovanile	ASFO	almeno 1 evento formativo	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.2 n° eventi di formazione congiunta e intersettoriale in tema di nuove dipendenze tecnologiche, con particolare riguardo al target giovanile	ASUFC	almeno 1 evento formativo	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.2 n° eventi di formazione congiunta e intersettoriale in tema di nuove dipendenze tecnologiche, con particolare riguardo al target giovanile	ASUGI	almeno 1 evento formativo	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.1. Predisposizione Hardware secondo il cronoprogramma condiviso.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.1. Predisposizione Hardware secondo il cronoprogramma condiviso.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.1. Predisposizione Hardware secondo il cronoprogramma condiviso.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.2 % degli operatori formati all'utilizzo del gestionale	ASFO	>= 40% operatori	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.2 % degli operatori formati all'utilizzo del gestionale	ASUFC	>= 40% operatori	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.6 - Dipendenze</b>	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.2 % degli operatori formati all'utilizzo del gestionale	ASUGI	>= 40% operatori	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire le modalità di presa in carico integrata. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASFO	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire le modalità di presa in carico integrata. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASUFC	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire le modalità di presa in carico integrata. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASUGI	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire il modello di presa in carico del PUA. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASFO	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire il modello di presa in carico del PUA. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASUFC	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire il modello di presa in carico del PUA. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASUGI	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire un modello organizzativo per le dimissioni protette. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASFO	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire un modello organizzativo per le dimissioni protette. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASUFC	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire un modello organizzativo per le dimissioni protette. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	ASUGI	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022) 30/06/2022 (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.7 - Integrazione con la programmazione sociale</b>	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Accompagnare all'utilizzo attraverso percorsi formativi gli operatori che si occupano di VMD con strumento Val.Graf-FVG	n° corsi di formazione realizzati.	ASUGI	>=1 corso formazione	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Documento con proposta nuove regole di finanziamento	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Proposta piano di accompagnamento all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e relativo monitoraggio	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Realizzazione accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	Proposta di documento relativo al piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Predispone bozze incrementalmente di proposta della Legge di riforma della disabilità (LR 41/96) e supporto il percorso di condivisione.	Bozze di proposta di riforma della LR 41/96, bozze di piano di condivisione e materiali a supporto della stessa.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Realizzazione accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito delle sperimentazioni di cui all'art.20 bis della LR 41/96.	Proposta di documento relativo al piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Rilasciare e gestire il portale della disabilità	Portale rilasciato e mantenuto	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Sperimentare i profili Q-VAD	Profili Q-VAD sperimentati	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Accompagnare il rilascio dello strumento Q-VAD in versione informatizzata	Manuale di utilizzo e realizzazione di almeno un corso di formazione	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 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.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Offrire gli elementi tecnici per l'implementazione e la simulazione d'impatto del nuovo Fondo Unico (FAP, SLA, Gravissimi)	Documenti contenenti gli elementi tecnici di supporto all'implementazione e simulazioni d'impatto.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Definire un modello condiviso a livello regionale di progetto personalizzato per la presa in carico delle persone con dipendenze patologiche	Modello di progetto personalizzato condiviso a livello regionale.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Dotare di un nuovo sistema informativo i servizi per le dipendenze patologiche	Piano di rilascio e adeguamento.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Dotare di un nuovo sistema informativo i servizi per le dipendenze patologiche	n° corsi di formazione.	ASUGI	>= 1 corso formazione	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Monitorare il flusso dei minori fuori famiglia (accolti in comunità e in affido familiare) in carico ai SSC e delle AS della regione e di quelli accolti nelle comunità per minori della regione FVG	Report questionari ISTAT presidi per minori della regione FVG (anno 2021)	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Monitorare il flusso dei minori fuori famiglia (accolti in comunità e in affido familiare) in carico ai SSC e delle AS della regione e di quelli accolti nelle comunità per minori della regione FVG	Report dati relativi ai minori in carico ai SSC e AS con intervento di affido familiare e di accoglienza in comunità (fonte Cartella sociale informatizzata 2021)	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Monitoraggio delle sperimentazioni di Abitare inclusivo e domiciliarità innovativa avviate in regione FVG	Report di monitoraggio delle sperimentazioni in corso	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.8 - Area Welfare</b>	AREA WELFARE 2022 Erogare il finanziamento definito con commi 33,34,35,36 articolo 9 Legge regionale 30 dicembre 2020 n. 26, per sostenere il sistema di mobilità e accessibilità a favore delle persone con limitata autosufficienza o anziane, ricoverate presso i servizi residenziali per anziani non autosufficienti resi dai Comuni, dalle Aziende sanitarie, dalle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all'articolo 14, commi 2 e 3, della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, a esclusione dei soggetti privati aventi scopo di lucro, aventi sede nel territorio regionale.	Contributi previsti dall'art.9 LR 26/2020 erogati.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Progettazione integrata tra SSC e Consulteri per la realizzazione di interventi e attività di supporto psicosociale e socioeducativo, rivolti a minori e famiglie fragili	Evidenza della programmazione integrata socio-sanitaria territoriale tra i servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico delle famiglie vulnerabili.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Progettazione integrata tra SSC e Consulteri per la realizzazione di interventi e attività di supporto psicosociale e socioeducativo, rivolti a minori e famiglie fragili	Evidenza della programmazione integrata socio-sanitaria territoriale tra i servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico delle famiglie vulnerabili.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Progettazione integrata tra SSC e Consulteri per la realizzazione di interventi e attività di supporto psicosociale e socioeducativo, rivolti a minori e famiglie fragili	Evidenza della programmazione integrata socio-sanitaria territoriale tra i servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico delle famiglie vulnerabili.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Rinforzo e sviluppo dei servizi socio-sanitari attraverso il potenziamento di interventi professionali socio-psicopedagogici aventi lo scopo di offrire risposte multiprofessionali	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo socio-psicopedagogico realizzati per singola azienda al 31.12.2022	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Rinforzo e sviluppo dei servizi socio-sanitari attraverso il potenziamento di interventi professionali socio-psicopedagogici aventi lo scopo di offrire risposte multiprofessionali	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo socio-psicopedagogico realizzati per singola azienda al 31.12.2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Rinforzo e sviluppo dei servizi socio-sanitari attraverso il potenziamento di interventi professionali socio-psicopedagogici aventi lo scopo di offrire risposte multiprofessionali	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo socio-psicopedagogico realizzati per singola azienda al 31.12.2022	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività socio-sanitaria</b>	ADOZIONE Definizione di una ricerca sulle buone prassi nell'accompagnamento alla post adozione e al supporto che ricevono le famiglie nel tempo fino al compimento della maggiore età dei figli	Predisposizione del disegno di ricerca	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata da Referente regionale)



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	ADOZIONE Definizione di una ricerca sulle buone prassi nell'accompagnamento alla post adozione e al supporto che ricevono le famiglie nel tempo fino al compimento della maggiore età dei figli	Predisposizione del disegno di ricerca	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata da Referente regionale)
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	ADOZIONE Definizione di una ricerca sulle buone prassi nell'accompagnamento alla post adozione e al supporto che ricevono le famiglie nel tempo fino al compimento della maggiore età dei figli	Predisposizione del disegno di ricerca	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata da Referente regionale)
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	N° incontri di coordinamento con le diverse associazioni che si occupano del tema degli uomini che agiscono violenza	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	N° incontri di coordinamento con le diverse associazioni che si occupano del tema degli uomini che agiscono violenza	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	N° incontri di coordinamento con le diverse associazioni che si occupano del tema degli uomini che agiscono violenza	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	Condivisione stesura scheda di raccolta dati monitoraggio continuo sugli uomini presi in carico.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	Condivisione stesura scheda di raccolta dati monitoraggio continuo sugli uomini presi in carico.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	Condivisione stesura scheda di raccolta dati monitoraggio continuo sugli uomini presi in carico.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	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, sugli strumenti di valutazione del rischio	N° eventi formativi realizzati	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	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, sugli strumenti di valutazione del rischio	N° eventi formativi realizzati	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.9 - Consulteri familiari - attività sociosanitaria</b>	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, sugli strumenti di valutazione del rischio	N° eventi formativi realizzati	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)	ASFO	2 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUFC	2 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUGI	2 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) 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	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)	ASFO	1 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) 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	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUFC	1 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) 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	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUGI	1 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Evidenza degli atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2022 a seguito di iniziativa propria o richiesti da ETS, Fondazioni e ASP	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Evidenza degli atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2022 a seguito di iniziativa propria o richiesti da ETS, Fondazioni e ASP	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Evidenza degli atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2022 a seguito di iniziativa propria o richiesti da ETS, Fondazioni e ASP	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG	Le aziende per il tramite delle proprie articolazioni effettuano tutte le valutazioni formali che vengono loro sottoposte dagli ETS nel rispetto dei tempi procedurali	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG	Le aziende per il tramite delle proprie articolazioni effettuano tutte le valutazioni formali che vengono loro sottoposte dagli ETS nel rispetto dei tempi procedurali	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG	Le aziende per il tramite delle proprie articolazioni effettuano tutte le valutazioni formali che vengono loro sottoposte dagli ETS nel rispetto dei tempi procedurali	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Adozione di un regolamento aziendale che disciplina i rapporti con gli ETS	Adozione del documento entro il 31.12.2022	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO (in corso richiesta DCSPSD di riesame atto dell'azienda)
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Adozione di un regolamento aziendale che disciplina i rapporti con gli ETS	Adozione del documento entro il 31.12.2022	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>3.10 - Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile</b>	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Adozione di un regolamento aziendale che disciplina i rapporti con gli ETS	Adozione del documento entro il 31.12.2022	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.1 - Indicatori di attività ospedaliera</b>	Urgenze ortopediche	% Fratture operate entro le 48h (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	ASFO	>= 70%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.1 - Indicatori di attività ospedaliera</b>	Urgenze ortopediche	% Fratture operate entro le 48h (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	ASUFC	>= 70%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.1 - Indicatori di attività ospedaliera</b>	Urgenze ortopediche	% Fratture operate entro le 48h (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	ASUGI	>= 70%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASFO	SPOKE C16.3.NA: >= 75% C16.2.NA: >= 80% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=80% spoke (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUFC	SPOKE C16.3.NA: >= 75% C16.2.NA: >= 80% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=80% spoke (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUGI	SPOKE C16.3.NA: >= 75% C16.2.NA: >= 80% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=80% spoke (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASFO	HUB C16.3.NA: >= 65% C16.2.NA: >= 70% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=65% hub (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUFC	HUB C16.3.NA: >= 65% C16.2.NA: >= 70% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=65% hub (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUGI	HUB C16.3.NA: >= 65% C16.2.NA: >= 70% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=65% hub (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	BURLO	HUB C16.3.NA: >= 65% C16.2.NA: >= 70% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >=65% hub (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASFO	SPOKE >= 92% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 85% spoke (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUFC	SPOKE >= 92% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 85% spoke (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore  % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUGI	SPOKE >= 92% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 85% spoke (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO  Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore  % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASFO	HUB >= 88% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 75% hub (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore  % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUFC	HUB >= 88% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 75% hub (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore  % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	ASUGI	HUB >= 88% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 75% hub (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore  % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	BURLO	HUB >= 88% (2° semestre) (target modificato con DGR 1682/2022) >= 75% hub (target DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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	ASFO	>= 50%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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	ASUFC	>= 50%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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	ASUGI	>= 50%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	PRONTO SOCCORSO 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	BURLO	>= 50%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	% di presenza e completezza dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	ASFO	> 95%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indispomibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	% di presenza e completezza dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	ASUFC	> 95%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indispomibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	% di presenza e completezza dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	ASUGI	> 95%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	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. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASFO	>= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indispomibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	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. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUFC	>= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indispomibilità dati per il controllo)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	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. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUGI	>= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI  Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	ASFO	>= 75%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI  Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	ASUFC	>= 75%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI  Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	ASUGI	>= 75%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	% di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASFO	>= 60%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	% di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUFC	>= 60%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	% di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUGI	>= 60%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	% di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASFO	> 50%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	% di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUFC	> 50%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	% di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUGI	> 50%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	% di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASFO	> 75%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI  Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	% di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUFC	> 75%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI  Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	% di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	ASUGI	> 75%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI 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.	% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia che hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	ASFO	100%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI 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.	% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia che hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	ASUFC	100%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI 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.	% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia che hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con diagnosi di STEMI che hanno evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione	ASFO	>= 60%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con diagnosi di STEMI che hanno evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione	ASUFC	>= 60%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con diagnosi di STEMI che hanno evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione	ASUGI	>= 60%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - SINDROME AORTICA ACUTA 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 (2 semestre 2022).	ASFO	>= 75% (2° semestre)	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - SINDROME AORTICA ACUTA Utilizzo del 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 (2 semestre 2022).	ASUFC	>= 75% (2° semestre)	OBIETTIVO NON VALUTABILE (indisponibilità dati per il controllo)
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - SINDROME AORTICA ACUTA Utilizzo del 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 (2 semestre 2022).	ASUGI	>= 75% (2° semestre)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	RENE  Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare: Indicatore: % pazienti in emodialisi presso i centri dialisi sul totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	ASFO	<= 52%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	RENE  Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare: Indicatore: % pazienti in emodialisi presso i centri dialisi sul totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	ASUFC	<= 52%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	RENE  Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare: Indicatore: % pazienti in emodialisi presso i centri dialisi sul totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	ASUGI	<= 52%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.2 - Trapianti e donazioni</b>	Trapianto di rene	N. di trapianti garantiti da ASUFC a parità di donatori	ASUFC	max 55 trapianti (target modificato con DGR 1682/2022) >= 60 a parità di donatori (target da DGR 321/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.2 - Trapianti e donazioni</b>	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.2 - Trapianti e donazioni</b>	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.2 - Trapianti e donazioni</b>	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.2 - Trapianti e donazioni</b>	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.2 - Trapianti e donazioni</b>	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.3 - Infertilità</b>	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.3 - Infertilità</b>	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.3 - Infertilità</b>	Le aziende sede di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un percorso per la preservazione della fertilità in pazienti oncologici con coinvolgimento di tutti gli specialisti del percorso terapeutico dei suddetti pazienti.	Predisposizione condivisa del percorso e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022.	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	ASFO	>80%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	ASUFC	>80%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	ASUGI	>80%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	BURLO	>80%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	ASUFC	audit annuale	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	BURLO	audit annuale	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Trasmissione, entro 31.12.2022, alla Direzione centrale salute delle risultanze dell'audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	Trasmissione, entro 31.12.2022, alla Direzione centrale salute delle risultanze dell'audit annuale previsto al punto 7 della procedura di cui al Decreto 1733/SPS, relativo all'anno 2022	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	n° eventi formativi anche congiunti sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	ASUFC	>= 1 evento formativo	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.4 - Percorso nascita</b>	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: Trasporto in emergenza materno e neonatale Monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale (indicatori di cui al Decreto 1733/2016) e promozione della formazione per gli operatori coinvolti.	n° eventi formativi anche congiunti sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento	BURLO	>= 1 evento formativo	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.5 - Pediatria</b>	IRCSS Burlo RETE ONCOLOGIA PEDIATRICA Definizione delle caratteristiche della rete di patologia onco-ematologica pediatrica della Regione FVG, secondo il modello Hub e Spoke, con identificazione di livelli e delle relative responsabilità e sua formalizzazione	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2022	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.5 - Pediatria</b>	IRCSS Burlo AREA EMERGENZA URGENZA Identificazione di un modello Hub & Spoke per il trasporto sanitario inter-ospedaliero in età pediatrica	Entro il 31/12/2022 dal BURLO è definita e trasmessa ad ARCS e DCS proposta di modello Hub & Spoke per il trasporto pediatrico in emergenza urgenza.	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.5 - Pediatria</b>	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	ASFO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.5 - Pediatria</b>	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	ASUFC	entro 30/06/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>4.5 - Pediatria</b>	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	ASUGI	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.5 - Pediatria</b>	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	BURLO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangue: Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangue: Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangue: Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	ASUFC: Mantenimento delle convenzioni extraregionali	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: % di contribuzione alla raccolta plasma	ASFO	20% (DIMIT ASUGI) 25%(DIMIT ASFO) 45% (DIMIT ASFC) 10% (CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: % di contribuzione alla raccolta plasma	ASUFC	20% (DIMIT ASUGI) 25%(DIMIT ASFO) 45% (DIMIT ASFC) 10% (CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: % di contribuzione alla raccolta plasma	ASUGI	20% (DIMIT ASUGI) 25%(DIMIT ASFO) 45% (DIMIT ASFC) 10% (CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	ASFO	4 report trimestrali	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	ASUFC	4 report trimestrali	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	ASUGI	4 report trimestrali	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	BURLO	4 report trimestrali	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	ASFO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	ASUFC	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	ASUGI	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	BURLO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	CRO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (necessità adeguamento servizi informativi)
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Governo clinico	Costituzione gruppo lavoro	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe): Implementazione di tutti gli esami di validazione al curpe con accentrimento degli stessi	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe): Allestimento attività congelamento emazie e inattivazione piastrinico	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: n° sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni	ASFO	1 sperimentazione per DIMT	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: n° sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni	ASUFC	1 sperimentazione per DIMT	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: n° sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni	ASUGI	1 sperimentazione per DIMT	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.6 - Sangue ed emocomponenti</b>	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	ASFO	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	ASUFC	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	ASUGI	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	BURLO	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	CRO	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	ASFO	almeno 1 per azienda	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	ASUFC	almeno 1 per azienda	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	ASUGI	almeno 1 per azienda	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	BURLO	almeno 1 per azienda	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	CRO	almeno 1 per azienda	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	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.	ASFO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	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.	ASUFC	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	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.	ASUGI	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	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.	BURLO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	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.	CRO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non complianti alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	ASFO	>=1	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non complianti alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	ASUFC	>=1	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non complianti alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	ASUGI	>=1	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non complianti alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	BURLO	>=1	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non complianti alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	CRO	>=1	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile all'Ente)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non applicabile per valutazione del Referente regionale)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita al 2023)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita al 2023)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita al 2023)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO (attività differita al 2023)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività differita al 2023)
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.1 - Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</b>	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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.	ASFO	>= 5 giornate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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.	ASUFC	>= 5 giornate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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.	ASUGI	>= 5 giornate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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.	BURLO	>= 5 giornate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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.	CRO	>= 5 giornate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>5.2 - Accredimento</b>	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, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti ineriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti ineriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti ineriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti ineriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00% del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali ATC V03AN, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	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.	ASFO	8% a livello regionale	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00% del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali ATC V03AN, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	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.	ASUFC	8% a livello regionale	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00% del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali ATC V03AN, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	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.	ASUGI	8% a livello regionale	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00% del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali ATC V03AN, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	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.	BURLO	8% a livello regionale	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00% del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali ATC V03AN, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	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.	CRO	8% a livello regionale	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	Rispetto dei vincoli regionali (monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS)	ASFO	7%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	Rispetto dei vincoli regionali (monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS)	ASUFC	7%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	Rispetto dei vincoli regionali (monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS)	ASUGI	7%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	Rispetto dei vincoli regionali (monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS)	BURLO	7%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.1 - Tetti di spesa farmaceutica</b>	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	Rispetto dei vincoli regionali (monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS)	CRO	7%	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.2 - Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	<p>Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)</li> </ul> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</li> <li>- Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).</li> </ul> <p>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>	ASFO	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.2 - Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	<p>Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)</li> </ul> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</li> <li>- Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).</li> </ul> <p>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>	ASUFC	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.2 - Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	<p>Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)</li> </ul> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</li> <li>- Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).</li> </ul> <p>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>	ASUGI	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.2 - Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	<p>Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.);</li> <li>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)</li> </ul> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</li> <li>- Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).</li> </ul> <p>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>	BURLO	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.2 - Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.) Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).  Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	CRO	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.3 - Appropriately prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	Pazienti in terapia con antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi (target mantenimento 2020)	ASUGI	23,07	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.3 - Appropriately prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	Pazienti in terapia con antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi (target mantenimento 2020)	ASUFC	20,02	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.3 - Appropriately prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	Pazienti in terapia con antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi (target mantenimento 2020)	ASFO	21,21	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.3 - Appropriately prescrittiva – indicatori in ambito territoriale</b>	Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Per il 2022 i valori target di aderenza a cui tendere sono rappresentati dai valori del raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2020: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. In corso d'anno la DCS di concerto con ARCS elaborerà l'indicatore su base regionale e disaggregato per Azienda, ai fini di un successivo monitoraggio puntuale. Modalità di valutazione complessiva: 2 indicatori a target= raggiunto; 1 indicatore a target= parzialmente raggiunto; 0 indicatori a target: non raggiunto	ASFO	alta aderenza >=33,4% bassa aderenza <= 24,6%	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.3 - Appropriately prescriptive – indicators in territorial scope</b>	Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Per il 2022 i valori target di aderenza a cui tendere sono rappresentati dai valori del raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2020: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. In corso d'anno la DCS di concerto con ARCS elaborerà l'indicatore su base regionale e disaggregato per Azienda, ai fini di un successivo monitoraggio puntuale. Modalità di valutazione complessiva: 2 indicatori a target= raggiunto; 1 indicatore a target= parzialmente raggiunto; 0 indicatori a target: non raggiunto	ASUFC	alta aderenza >=33,4% bassa aderenza <= 24,6%	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>6.3 - Appropriately prescriptive – indicators in territorial scope</b>	Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Per il 2022 i valori target di aderenza a cui tendere sono rappresentati dai valori del raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2020: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. In corso d'anno la DCS di concerto con ARCS elaborerà l'indicatore su base regionale e disaggregato per Azienda, ai fini di un successivo monitoraggio puntuale. Modalità di valutazione complessiva: 2 indicatori a target= raggiunto; 1 indicatore a target= parzialmente raggiunto; 0 indicatori a target: non raggiunto	ASUGI	alta aderenza >=33,4% bassa aderenza <= 24,6%	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>6.4 - Containment pharmaceutical expenditure - Biosimilars</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, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriately prescriptive si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)	ASFO	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.4 - 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, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)	ASUFC	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.4 - 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, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)	ASUGI	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.4 - 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, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)	BURLO	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.4 - 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, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)	CRO	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.5 - Gestione delle terapie con ormone della crescita</b>	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no	ASFO	28/2/2023 (2 semestre)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.5 - Gestione delle terapie con ormone della crescita</b>	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no	ASUFC	28/2/2023 (2 semestre)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.5 - Gestione delle terapie con ormone della crescita</b>	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no	ASUGI	28/2/2023 (2 semestre)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.5 - Gestione delle terapie con ormone della crescita</b>	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no	BURLO	28/2/2023 (2 semestre)	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Modalità di valutazione: avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	ASFO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Modalità di valutazione: avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	ASUFC	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Modalità di valutazione: avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	ASUGI	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Modalità di valutazione: avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	BURLO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022.  Modalità di valutazione: avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	CRO	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	ASFO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	ASUFC	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	ASUGI	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	BURLO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	CRO	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer. ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	ASFO	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer. ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	ASUFC	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer. ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	ASUGI	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer. ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	BURLO	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate – ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer. ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	CRO	28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Accordo quadro regionale della DPC dei medicinali (DGR 12/2018), prorogato al 31/12/2022 (DGR 1725/2021)	le Aziende recepiscono la proroga con proprio atto	ASFO	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Accordo quadro regionale della DPC dei medicinali (DGR 12/2018), prorogato al 31/12/2022 (DGR 1725/2021)	le Aziende recepiscono la proroga con proprio atto	ASUFC	31/01/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Accordo quadro regionale della DPC dei medicinali (DGR 12/2018), prorogato al 31/12/2022 (DGR 1725/2021)	le Aziende recepiscono la proroga con proprio atto	ASUGI	31/01/2022	ATTIVITA' REALIZZATA
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	ASFO	entro 15/04/2023 (attività annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	ASUFC	entro 15/04/2023 (attività annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	ASUGI	entro 15/04/2023 (attività annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	BURLO	entro 15/04/2023 (attività annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	CRO	entro 15/04/2023 (attività annuale)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)	ASFO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)	ASUFC	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)	ASUGI	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)	BURLO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.7 - Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)	CRO	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantire l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività. Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi. Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: sì/no	ASFO	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività.</p> <p>Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi.</p> <p>Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali</p> <p>Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: sì/no</p>	ASUFC	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività.</p> <p>Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi.</p> <p>Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali</p> <p>Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: sì/no</p>	ASUGI	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività.</p> <p>Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi.</p> <p>Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali</p> <p>Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: sì/no</p>	BURLO	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.</p>	<p>Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività.</p> <p>Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi.</p> <p>Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali</p> <p>Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: sì/no</p>	CRO	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 del 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	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. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	ASFO	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 del 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	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. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	ASUFC	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 del 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	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. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	ASUGI	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 del 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	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. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	BURLO	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.8 - Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</b>	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 del 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	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. Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	CRO	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*. * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	ASFO	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*. * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	ASUFC	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*. * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	ASUGI	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*. * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	BURLO	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	OBIETTIVO NON REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	CRO	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	ASFO	<p>- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021</p> <p>- evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/ realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"</p>	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	ASUFC	<p>- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021</p> <p>- evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/ realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"</p>	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	ASUGI	<p>- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021</p> <p>- evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/ realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"</p>	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	BURLO	<p>- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021</p> <p>- evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/ realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"</p>	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>6.9 - Farmacovigilanza</b>	<p>Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%)</p> <p>L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).</p> <p>Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.</p>	CRO	<p>- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021</p> <p>- evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/ realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"</p>	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Assistenza integrativa</b>	Le Aziende monitorano i dati di spesa dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 28/2/2023 Modalità di valutazione: Evidenza di effettuato monitoraggio nel corso dell'anno 2022 e dei suoi esiti come da relazione inviata nei termini: sì/no	ASFO	entro 28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Assistenza integrativa</b>	Le Aziende monitorano i dati di spesa dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 28/2/2023 Modalità di valutazione: Evidenza di effettuato monitoraggio nel corso dell'anno 2022 e dei suoi esiti come da relazione inviata nei termini: sì/no	ASUFC	entro 28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.9 - Assistenza integrativa</b>	Le Aziende monitorano i dati di spesa dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 28/2/2023 Modalità di valutazione: Evidenza di effettuato monitoraggio nel corso dell'anno 2022 e dei suoi esiti come da relazione inviata nei termini: sì/no	ASUGI	entro 28/02/2023	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	ASFO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	ASUFC	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	ASUGI	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	BURLO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	CRO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.1.- CASE DELLA SALUTE per la parte sistemi informativi e tecnologie informatiche.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.1.- CASE DELLA SALUTE per la parte sistemi informativi e tecnologie informatiche.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.1.- CASE DELLA SALUTE per la parte sistemi informativi e tecnologie informatiche.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non di competenza)
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non di competenza)
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.1 - PNRR - Digitalizzazione</b>	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	Individuazione dei referenti aziendali per i diversi gruppi di lavoro entro 31.3.2022	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	Individuazione dei referenti aziendali per i diversi gruppi di lavoro entro 31.3.2022	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	Individuazione dei referenti aziendali per i diversi gruppi di lavoro entro 31.3.2022	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	% di presenza alle riunioni convocate	ASFO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	% di presenza alle riunioni convocate	ASUFC	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	% di presenza alle riunioni convocate	ASUGI	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Avviamento altre funzioni su piattaforma distretti.	Avviamento secondo cronoprogramma delle altre funzionalità con conclusione entro il 31/12/2022.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Avviamento altre funzioni su piattaforma distretti.	Avviamento secondo cronoprogramma delle altre funzionalità con conclusione entro il 31/12/2022.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Avviamento altre funzioni su piattaforma distretti.	Avviamento secondo cronoprogramma delle altre funzionalità con conclusione entro il 31/12/2022.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Avviamento VALGRAF residenziale e registro unico.	Avviamento entro il 31/12/2022.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Avviamento VALGRAF residenziale e registro unico.	Avviamento entro il 31/12/2022.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Avviamento VALGRAF residenziale e registro unico.	Avviamento entro il 31/12/2022.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Integrazione con le reti di patologia.	Valutazione integrazioni con le reti di patologia entro 30/06/2022	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata dalla DCSPSD)
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Integrazione con le reti di patologia.	Valutazione integrazioni con le reti di patologia entro 30/06/2022	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata dalla DCSPSD))
<b>7.2 - Sistema informativo dei distretti</b>	Integrazione con le reti di patologia.	Valutazione integrazioni con le reti di patologia entro 30/06/2022	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata dalla DCSPSD)
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	ASFO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	ASUFC	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	ASUGI	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	BURLO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	CRO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Validazione del prototipo del sistema propedeutico all'avviamento dei siti pilota.	Validazione prototipo (verbale) entro 31/05/2022.	ASUGI	31/05/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (differimento a causa fornitore servizi informatici)
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	ASFO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	ASUFC	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	ASUGI	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	BURLO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	CRO	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	BURLO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	CRO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'ente)
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'ente)

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'ente)
<b>7.4 - Sistema informativo clinico</b>	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'ente)
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento nuovo sistema informativo delle Dipendenze GEDI	Avviamento entro il 30/06/2022	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento nuovo sistema informativo delle Dipendenze GEDI	Avviamento entro il 30/06/2022	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento nuovo sistema informativo delle Dipendenze GEDI	Avviamento entro il 30/06/2022	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.	ASFO	30/09/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'ente)
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.	ASUFC	30/09/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.	BURLO	30/09/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'ente)
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento cartella clinica elettronica di oncologica e UFA.	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30/09/2022 e contestuale dismissione di G2 oncologia.	CRO	30/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento sistema informativo POINT per i Servizi NPIA	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30 settembre 2022	ASFO	30/09/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata al 2023)
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento sistema informativo POINT per i Servizi NPIA	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30 settembre 2022	ASUFC	30/09/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata al 2023)
<b>7.5 - Rinnovo sistemi informativi</b>	Avviamento sistema informativo POINT per i Servizi NPIA	Avviamento per i siti coinvolti entro il 30 settembre 2022	BURLO	30/09/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività rinviata al 2023)
<b>7.6 - Ricetta dematerializzata</b>	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	ASFO	70%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.6 - Ricetta dematerializzata</b>	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	ASUFC	70%	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.6 - Ricetta dematerializzata</b>	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	ASUGI	70%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.6 - Ricetta dematerializzata</b>	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	BURLO	70%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.6 - Ricetta dematerializzata</b>	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	CRO	70%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	ASFO	entro 30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	ASUFC	entro 30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	ASUGI	entro 30/10/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	BURLO	entro 30/10/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	CRO	entro 30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	ASFO	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	ASUFC	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	ASUGI	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	BURLO	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	CRO	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	ASFO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	ASUFC	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	ASUGI	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	BURLO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	CRO	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	ASFO	30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	ASUFC	30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	ASUGI	30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	BURLO	30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	CRO	30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.8 - Privacy in Sanità</b>	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	ASFO	almeno 3 su 4 programmati	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.8 - Privacy in Sanità</b>	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	ASUFC	almeno 3 su 4 programmati	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.8 - Privacy in Sanità</b>	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	ASUGI	almeno 3 su 4 programmati	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.8 - Privacy in Sanità</b>	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	BURLO	almeno 3 su 4 programmati	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.8 - Privacy in Sanità</b>	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	CRO	almeno 3 su 4 programmati	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Referto multimediale e refertatore vocale	Risultato atteso modificato con DGR 1682 del 11/11/2022 Il dispiegamento dovrà essere portato a regime prima presso il CRO e poi presso almeno il presidio ospedaliero Cattinara / Maggiore di ASUGI entro il 31/12/2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità e con il coordinamento di ARCS Il dispiegamento dovrà essere completato in tutto il SSR entro il 31.12.2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità presso i vari reparti di radiologia e con il coordinamento di ARCS (obiettivo da DGR 321/2022)	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non assegnata all'Ente)
<b>7.9 - PACS</b>	Referto multimediale e refertatore vocale	Risultato atteso modificato con DGR 1682 del 11/11/2022 Il dispiegamento dovrà essere portato a regime prima presso il CRO e poi presso almeno il presidio ospedaliero Cattinara / Maggiore di ASUGI entro il 31/12/2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità e con il coordinamento di ARCS Il dispiegamento dovrà essere completato in tutto il SSR entro il 31.12.2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità presso i vari reparti di radiologia e con il coordinamento di ARCS (obiettivo da DGR 321/2022)	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non assegnata all'Ente)
<b>7.9 - PACS</b>	Referto multimediale e refertatore vocale	Risultato atteso modificato con DGR 1682 del 11/11/2022 Il dispiegamento dovrà essere portato a regime prima presso il CRO e poi presso almeno il presidio ospedaliero Cattinara / Maggiore di ASUGI entro il 31/12/2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità e con il coordinamento di ARCS Il dispiegamento dovrà essere completato in tutto il SSR entro il 31.12.2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità presso i vari reparti di radiologia e con il coordinamento di ARCS (obiettivo da DGR 321/2022)	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.9 - PACS</b>	Referto multimediale e refertatore vocale	Risultato atteso modificato con DGR 1682 del 11/11/2022 Il dispiegamento dovrà essere portato a regime prima presso il CRO e poi presso almeno il presidio ospedaliero Cattinara / Maggiore di ASUGI entro il 31/12/2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità e con il coordinamento di ARCS Il dispiegamento dovrà essere completato in tutto il SSR entro il 31.12.2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità presso i vari reparti di radiologia e con il coordinamento di ARCS (obiettivo da DGR 321/2022)	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	ASFO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non assegnata all'Ente)
<b>7.9 - PACS</b>	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.9 - PACS</b>	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non assegnata all'Ente)
<b>7.9 - PACS</b>	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	CRO	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività non assegnata all'Ente)
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE.</li> <li>entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.</li> </ul>	ASFO	31/07/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE.</li> <li>entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.</li> </ul>	ASUFC	31/07/2022	OBIETTIVO REALIZZATO



Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE.</li> <li>• entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.</li> </ul>	ASUGI	31/07/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE.</li> <li>• entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.</li> </ul>	BURLO	31/07/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici, organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE.</li> <li>• entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.</li> </ul>	CRO	31/07/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	BURLO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	CRO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	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	ASFO	mensile	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	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	ASUFC	mensile	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>8 - Flussi informativi</b>	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	ASUGI	mensile	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	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	BURLO	mensile	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	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	CRO	mensile	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	ASFO	>=98%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	ASUFC	>=98%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	ASUGI	>=98%	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	BURLO	>=98%	OBIETTIVO NON VALUTABILE (non di pertinenza dell'Ente)
<b>8 - Flussi informativi</b>	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	ASUGI: completamento dell'inserimento delle schede di morte 2020 e 2019 entro il 30.04.2022	ASUGI	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	ASUGI: % delle schede di morte del 2018 inserite entro il 31.12.2022	ASUGI	100%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	ASFO	15/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	ASUFC	15/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	ASUGI	15/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	BURLO	15/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	CRO	15/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea Progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato Atteso Indicatore	Ente	target	Valutazione
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Centralizzare presso ARCS, tramite scorporo dalle aziende sanitarie nella quali sono attualmente operanti, le seguenti funzioni: a. Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti; b. Raccolta sangue territoriale; c. Coordinamento della rete cure sicure FVG	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	ASUFC	30/04/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività cessata per intervenuta modifica della normativa regionale)
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Centralizzare presso ARCS, tramite scorporo dalle aziende sanitarie nella quali sono attualmente operanti, le seguenti funzioni: a. Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti; b. Raccolta sangue territoriale; c. Coordinamento della rete cure sicure FVG	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	ASUFC	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (attività cessata per intervenuta modifica della normativa regionale)
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Funzioni di pediatria e ostetricia	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	ASUGI	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Funzioni di pediatria e ostetricia	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	BURLO	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Funzioni di pediatria e ostetricia	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	ASUGI	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Funzioni di pediatria e ostetricia	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	BURLO	31/12/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	ASFO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	ASUFC	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	ASUGI	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	BURLO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	CRO	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	ASFO	entro 30 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	ASUFC	entro 30 gg	OBIETTIVO REALIZZATO

<b>Linea Progettuale</b>	<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Risultato Atteso Indicatore</b>	<b>Ente</b>	<b>target</b>	<b>Valutazione</b>
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	ASUGI	entro 30 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	BURLO	entro 30 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	CRO	entro 30 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.2 - La Relazione annuale regionale</b>	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	ASFO	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.2 - La Relazione annuale regionale</b>	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	ASUFC	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.2 - La Relazione annuale regionale</b>	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	ASUGI	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.2 - La Relazione annuale regionale</b>	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	BURLO	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.2 - La Relazione annuale regionale</b>	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	CRO	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

## Obiettivi ARCS

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Ricognizione stato delle Reti già attivate	Evidenza dell'approvazione dei Piani di rete delle Reti attivate nel 2020 e nel 2021, inviata alla DCS entro il 31.08.2022 unitamente ad informazioni su: - composizione e attività già svolta dalla Cabina di regia; - attività di formazione dei nuclei funzionali aziendali svolta.	31/08/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Ricognizione stato delle Reti già attivate	Report sullo stato di implementazione dei Piani di rete e sullo stato di gestione della rete (secondo quanto previsto dai sistemi di monitoraggio descritti nei suddetti Piani) inviato alla DCS entro il 31.12.2022	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Rete Trauma	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete inviata alla DCS entro il 31.10.2022.	31/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Rete Trauma	Predisposizione e invio alla DCS entro il 31.05.2022 di un documento contenente valutazioni sintetiche, relativamente ad almeno cinque PDTA tra quelli valutati più tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire rilevanti per la rete, in merito a fattibilità e tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire.	31/05/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Rete Trauma	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 Trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022 del documento contenente la conferma dell'avvenuto avvio dei lavori, dei contenuti delle attività svolte e in svolgimento alla stessa data del 31/12/2022, nonché il cronoprogramma relativo alle attività svolte e programmate, comprensivo del termine fissato per la conclusione delle attività e di quello fissato per l'attivazione, per la predisposizione, o ridefinizione, e attivazione del PDTA a maggior rilevanza selezionato in aderenza agli indirizzi impartiti dalla DCS	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Rete Neonatologia	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete inviata alla DCS entro il 31.10.2022.	31/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Rete Neonatologia	Predisposizione e invio alla DCS entro il 31.05.2022 di un documento contenente valutazioni sintetiche, relativamente ad almeno cinque PDTA tra quelli valutati più rilevanti per la rete, in merito a fattibilità e tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire.	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Rete Neonatologia	Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022 Trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022 del documento contenente la conferma dell'avvenuto avvio dei lavori, dei contenuti delle attività svolte e in svolgimento alla stessa data del 31/12/2022, nonché il cronoprogramma relativo alle attività svolte e programmate, comprensivo del termine fissato per la conclusione delle attività e di quello fissato per l'attivazione, per la predisposizione, o ridefinizione, e attivazione del PDTA a maggior rilevanza selezionato in aderenza agli indirizzi impartiti dalla DCS	31/12/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>B. - Reti cliniche e Percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali</b>	Aggiornamento del PDTA ictus relativamente al percorso post acuto del paziente	Formalizzazione del documento e sua trasmissione alla DCS entro il 31.12.2022	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.1 - Rete oncologica regionale</b>	Rete oncologica regionale	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete inviata alla DCS entro il 31.12.2022	31/12/2022	OBIETTIVO ARZIALMENTE REALIZZATO
<b>B.1 - Rete oncologica regionale</b>	Rete oncologica regionale	Predisposizione e invio alla DCS entro il 31.05.2022 di un documento contenente valutazioni sintetiche, relativamente ad almeno cinque PDTA tra quelli afferenti ai tre tipi di patologie neoplastiche più rilevanti tra la popolazione regionale, in merito a fattibilità e tempistica di definizione, o ridefinizione, e attivazione dei PDTA da definire.	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.1 - Rete oncologica regionale</b>	Rete oncologica regionale	isultato atteso modificato con DGR 1682/2022 Trasmissione alla DCS entro il 31/12/2022 del documento contenente la conferma dell'avvenuto avvio dei lavori, dei contenuti delle attività svolte e in svolgimento alla stessa data del 31/12/2022, nonché il cronoprogramma relativo alle attività svolte e programmate, comprensivo del termine fissato per la conclusione delle attività e di quello fissato per l'attivazione, per la predisposizione, o ridefinizione, e attivazione del PDTA a maggior rilevanza selezionato in aderenza agli indirizzi impartiti dalla DCS	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>B.1 - Rete oncologica regionale</b>	Rete regionale dei Centri di Senologia	Evidenza dell'approvazione del Piano di rete (o secondo diversa terminologia di ARCS filiera) o di equivalente struttura organizzativa e di coordinamento, inviata alla DCS entro il 31.11.2022	30/11/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.1 - Rete oncologica regionale</b>	Rete regionale dei Centri di Senologia	Predisposizione della proposta di PDTA della mammella entro il 31.12.2022	31.12.2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.1.1 - Oncologia di precisione e adeguamento alla normativa nazionale</b>	Svolgimento di preventiva attività conoscitiva e di ricognizione delle eventuali attività collegate alla medicina di precisione per patologie oncologiche in corso di svolgimento o programmate presso enti del SSR e delle risorse allo stato impiegate o impiegabili, in tali attività, con una valutazione da svolgersi in modo comparativo sulla base di criteri di appropriatezza delle attività in svolgimento o programmabili, in relazione alle caratteristiche qualitative o produttive, in atto o svilupparli, delle risorse degli Enti impiegate o impiegabili nell'attività	ARCS acquisisce le informazioni necessarie dagli Enti del SSR ed effettua l'attività conoscitiva e ricognitiva inviando entro il 15 aprile 2022 alla DCS una relazione dettagliata con gli esiti di tale attività; la relazione deve contenere specifiche valutazioni, anche comparative, sull'appropriatezza, adeguatezza e efficienza delle attività già in svolgimento presso gli Enti nonché delle risorse impiegate, o impiegabili in un'ottica di programmato sviluppo, da parte degli Enti del SSR per tali attività	15/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>B.1.1 - Oncologia di precisione e adeguamento alla normativa nazionale</b>	Elaborazione di un documento contenente la proposta motivata, in termini operativi ed economici, di istituzione, disciplina e funzionamento del Molecular Tumor Board regionale, di individuazione del centro specialistico o dei centri specialistici per l'esecuzione di test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS) e di gestione dei rapporti operativi e funzionali tra tali organismi, anche proponendo più ipotesi operative, che possono contemplare anche la disponibilità di funzionalità, del MTB e dei centri specialistici, da garantirsi eventualmente per mezzo di rapporti collaborativi con altre Regioni	ARCS trasmette alla DCS il documento con la proposta entro 60 giorni dall'emanazione del decreto del Ministero della Salute di cui all'art. 8, comma 1-bis, del d.l. n. 152/2021	Entro 60 gg. da emanazione decreto	OBIETTIVO NON VALUTABILE (decreto non emanato nell'anno)
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	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	31/12/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>B.3 - Rete Cure palliative e terapia del dolore</b>	Terapia del dolore- Appropriately prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	d) Attività di predisposizione, organizzazione, coordinamento e partecipazione finalizzata alla tenuta di riunioni tra ARCS, Direzione Centrale Salute e Enti di monitoraggio condiviso, coordinamento e informative delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni	Continuazione dell'attività già avviata, con riunioni da tenersi, anche nel 2022, con frequenza quindicinale.	ogni 15 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.1 - Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale</b>	e) Progressiva messa a disposizione da parte di ARCS di servizi informativi e transazionali idonei alla gestione di dati e informazioni a supporto dei confronti/riunioni tenute da Direzione Centrale Salute, ARCS e Enti per il monitoraggio condiviso, coordinamento e informativa delle azioni di cambiamento organizzativo programmate e di gestione e miglioramento dell'attività di erogazione delle prestazioni.	ARCS garantisce la disponibilità dei servizi informativi e transazionali funzionali alla gestione da parte degli enti delle informazioni sulle attività programmate, loro andamento e attuazione, risultati conseguiti, criticità evidenziate, conseguenti misure correttive programmate, attuazione delle misure correttive e loro esiti. I servizi richiesti sono implementati in modo progressivo in collaborazione con il Servizio della DCS competente per i servizi informativi e per la gestione di tali servizi per mezzo della controllata INSIEL.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>C.2.3 - Monitoraggio stato delle attività di prenotazione delle prestazioni</b>	ARCS elabora e presenta alla DCS una proposta di ridefinizione di struttura e requisiti funzionali dei servizi informativi necessari alla rappresentazione analitica dello stato delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito di garanzia del PNGLA 2019-2021 presso il Sistema sanitario regionale (tra cui prenotabilità, volumi in attesa e data ultima erogazione programmata per ogni tipologia di prestazione) al fine di permettere il successivo sviluppo, in manutenzione evolutiva, dei necessari servizi informatici, da rendere accessibili e utilizzabili dagli Enti per il monitoraggio delle proprie attività e alla DCS e ad ARCS per il monitoraggio delle attività degli Enti e del SSR.	Trasmissione da parte di ARCS alla DCS entro il 31 marzo 2022 della proposta di ridefinizione di struttura e requisiti funzionali dei servizi informativi necessari alla rappresentazione analitica dello stato delle attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie	entro 31/03/2022	OBIETTIVO PARZIALMENTE REALIZZATO



Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>D.4 - Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare</b>	ARCS elabora le informazioni e i dati trasmessi dalle Aziende territoriali e predispone un documento che dà conto dello stato di uniformità o difformità in ambito regionale e nelle aziende dei modelli organizzativi e dei protocolli operativi per la presa in carico integrata e per l'assistenza domiciliare - di cui all'art. 22 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 "LEA" nonché di cui all'art. 4-bis del d.l. n. 18/2020 - e che contiene un'argomentata proposta di azione operativa da realizzarsi per il progressivo miglioramento della standardizzazione regionale dei modelli organizzativi e dei protocolli per la presa in carico integrata e per l'erogazione dell'assistenza domiciliare nei vari livelli di complessità; la proposta di ARCS di piano di attività per l'attuazione dell'azione operativa regionale richiesta espone anche la tempistica programmata di progressiva attuazione, collegandola e integrandola col piano di attività prefigurato per la progressiva attivazione e messa a regime delle Centrali Operative Territoriali nelle varie Aziende, dando conto anche di eventuali criticità rilevanti e formulando ipotesi di misure correttive assumibili per ridurre o eliminare tali criticità	ARCS trasmette alla DCS entro il 30 giugno 2022 il documento richiesto con i contenuti previsti negli obiettivi.	20/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Supporto logistico attività di screening</b>	2. Effettuare il sopralluogo nei contesti ove viene erogato il servizio di screening mammografico, in sedi a campione o in sedi che presentino delle criticità segnalate.	a. Evidenza dell'esecuzione del sopralluogo al fine di verificare l'adeguatezza ambientale delle sedi oggetto di verifica (verbale di sopralluogo)	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Cervice Uterina</b>	Supporto alle attività dello screening cervice uterina	Gestione dell'attività del Call center e monitoraggio degli indicatori.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	Supporto alle attività dello screening mammografico	Gestione dell'attività del Call center e monitoraggio degli indicatori.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Mammografico</b>	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro un mese dalla comunicazione da parte di tutte le Aziende, ARCS verifica le necessità espresse e concorda le unità da formare e in quali aziende	un mese da comunicazione	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.2 - Screening Colon Retto</b>	Supporto alle attività dello screening colon retto	Monitoraggio degli indicatori.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - ARCS</b>	1. Consolidare la cultura HPH e diffondere i valori, i principi, le strategie e i risultati della strategia annuale	Realizzare la conferenza regionale HPH (entro il 31/12/2022)	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>1.3 - Rete HPH - ARCS</b>	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": analizzare le iniziative esistenti propedeutiche all'avvio dei Team Multiprofessionali di II livello	Coordinare la mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (report regionale entro 31/12/2022) (Predisposizione contenuti / griglia di rilevazione)	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>1.3 - Rete HPH - ARCS</b>	PATIENT ENGAGEMENT 1. Coordinare lo Studio pilota "Patient engagement"	Definire le modalità di implementazione del format di rilevazione bisogni di promozione della salute dei pazienti a livello aziendale (entro il 31/3/2022) della fase sperimentale di adozione dello studio pilota	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>2.9 - Emergenza urgenza territoriale</b>	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>4.1.2 - Indicatori Emergenza urgenza</b>	EMERGENZA TERRITORIALE Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	% dei contatti delle richieste di soccorso in cui è stato utilizzato il sistema dispatch per il triage telefonico	>= 95%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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.	>= 5 giornate	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITamento.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>5.2 - Accredimento</b>	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	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate - ARCS</b>	Distribuzione per conto	ARCS mensilmente mette a disposizione di tutte le aziende sanitarie una lista aggiornata dei farmaci aggiudicati a gara.	mensile	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>6.6 - Attività centralizzate - ARCS</b>	ARCS monitora periodicamente le giacenze dei beni gestiti a magazzino, compresi i prodotti inutilizzati e i quantitativi eventualmente scaduti. Per contribuire a massimizzare l'efficienza del sistema definisce, in collaborazione con gli altri Enti del SSR, dei criteri per la corretta gestione delle scorte e l'introduzione e la dismissione di articoli in relazione alle esigenze cliniche, nel rispetto dell'economicità della gestione.	Entro il 31.12.2022, ARCS predispone, in collaborazione con gli altri Enti del SSR, una procedura di "gestione del magazzino" per un efficientamento del sistema e una stima delle ricadute possibili, tenuto conto dei dati di monitoraggio. Modalità di valutazione: documento inviato nei termini: sì/no	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate - ARCS</b>	ARCS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto, continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci soggetti a registro AIFA per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost-sharing e payment by results)	ARCS invia periodicamente alla DCS l'evidenza dei ristori effettuati	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate - ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022. Modalità di valutazione: avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	entro 31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate - ARCS</b>	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022. avvio del tavolo: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>6.6 - Attività centralizzate - ARCS</b>	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze. Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	entro 30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Coordinamento delle attività per l'attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Validazione del prototipo del sistema propedeutico all'avviamento dei siti pilota.	Validazione prototipo (verbale) entro 31/05/2022.	31/05/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività esercizio successivo)
<b>7.3 - Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato</b>	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (rinvio attività esercizio successivo)
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/05/2022.	entro 30/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	Entro 30/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.7 - Sicurezza asset informatici</b>	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	30/06/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.8 - Privacy in sanità</b>	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario	Almeno 3 su 4 programmati	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Referto multimediale e refertatore vocale	Risultato atteso modificato con DGR 1682 del 11/11/2022 Il dispiegamento dovrà essere portato a regime prima presso il CRO e poi presso almeno il presidio ospedaliero Cattinara/Maggiore di ASUGI entro il 31/12/2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità e con il coordinamento di ARCS	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>7.9 - PACS</b>	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Realizzazione entro 30.06.2022 da parte di INSIEL del prototipo di uno strumento di condivisione di referti e immagini a livello interaziendale in regime emergenziale. ARCS supporta la DCS nel coordinamento delle attività di sviluppo e poi nella fase di attivazione presso le aziende del SSR, che dovranno garantire l'adeguato supporto tecnico e clinico	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (procedura sospesa per valutazione profili privacy nello sviluppo)
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	ARCS predispone il capitolato di gara entro il 15.9.2022 sulla base delle specifiche di sviluppo del SIO e del relativo cronoprogramma di realizzazione	15/09/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO
<b>7.9 - PACS</b>	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	ARCS indice la gara entro il 15.11.2022.	15/11/2022	OBIETTIVO NON REALIZZATO (gara indetta con det. ARCS n. 709 dd. 25.11.2022)
<b>7.9 - PACS</b>	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro luglio 2022 (tgermine riprogrammato per differimento costituzione del gruppo tecnico) la predisposizione della documentazione tecnica di gara	31/07/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>8 - Flussi informativi</b>	Assicurare continuità, integrità e coerenza di flussi informativi per mezzo di adeguata attività di vigilanza svolta da ARCS, con partecipazione di ARCS ai gruppi tecnici di sviluppo dei nuovi servizi informatici gestionali alimentanti i flussi dati.	ARCS segnala a DCS eventuali incoerenze o interruzioni, dei flussi informativi in utilizzo allo scopo di porre in essere le azioni correttive necessarie alla riconciliazione delle fonti dati che alimentano il RER.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.2 - Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID</b>	Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia	Monitoraggio, controllo e controllo della rendicontazione circa gli interventi del Piano	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	15/09/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.2 - Investimenti</b>	Programmazione 2023	ARCS, dovrà trasmettere al NVISS i PPI 2023 adottati dagli Enti del SSR accompagnata da una relazione sulla programmazione complessiva degli Enti del SSR entro il 15 ottobre 2022.	15/10/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

Linea progettuale	Obiettivo Aziendale	Risultato atteso Indicatore	Target	Valutazione
<b>9.5.4 - Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti</b>	Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti	ARCS proseguirà inoltre nelle attività di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>9.5.5 - Analisi HTA sulla dislocazione delle Unità Farmaci Antineoplastici (UFA)</b>	Analisi HTA sulla dislocazione delle Unità Farmaci Antineoplastici (UFA)	Presentare alla DCS un'analisi HTA con lo scopo di paragonare i diversi modelli di centralizzazione delle UFA e confrontarli con l'attuale dislocazione, formulando le proprie considerazioni in relazione a soluzioni in grado di poter fornire valore aggiunto all'organizzazione regionale. L'analisi dovrà esaminare e comparare, alla luce dell'attuale quadro normativo e delle best practices, gli elementi ritenuti utili ai fini di tale valutazione.	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Centralizzare presso ARCS, tramite scorporo dalle aziende sanitarie nella quali sono attualmente operanti, le seguenti funzioni: a. Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti; b. Raccolta sangue territoriale; c. Coordinamento della rete cure sicure FVG	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	30/04/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.1.1 - Costi del personale e politiche assunzionali</b>	Centralizzare presso ARCS, tramite scorporo dalle aziende sanitarie nella quali sono attualmente operanti, le seguenti funzioni: a. Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti; b. Raccolta sangue territoriale; c. Coordinamento della rete cure sicure FVG	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	31/12/2022	OBIETTIVO NON VALUTABILE (modifica intervento con D.G.R. n.1869 dd. 02/12/2022)
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	31/03/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.1 - Il Piano della formazione regionale</b>	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano della Formazione Regionale (PFR)	entro 30 gg	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.2.2 - La Relazione annuale regionale</b>	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022	31/05/2022	OBIETTIVO REALIZZATO
<b>10.3.3 - Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa</b>	Attivare processi formativi dedicati ai profili manageriali che, in una logica integrata, approfondiscano modelli, metodologie e strumenti gestionali applicabili al contesto sanitario capaci di aiutare i Dirigenti ad agire il ruolo di responsabilità in modo efficace e coerente agli obiettivi regionali e aziendali.	ARCS assicura la realizzazione dei corsi di formazione manageriale e formazione specialistica tecnico - amministrativa	31/12/2022	OBIETTIVO REALIZZATO

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE