

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1798 DEL 16 NOVEMBRE 2023

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2023 – ALLEGATO 1

**PIANO ATTUATIVO DEGLI ENTI DEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

ANNO 2023

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Sommario

CONSOLIDATO PREVENTIVO 2023 – ALLEGATO 1	1
PREMESSA.....	3
1. ITER E SCENARIO.....	3
1.1 ITER DELLA PROGRAMMAZIONE	3
1.2 SCENARIO 2023.....	5
1.3 ANALISI DEI PIANI ATTUATIVI E BILANCI PREVENTIVI DELLE AZIENDE DEL SSR	6
2. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	8
2.1 PIANI TRIENNALI DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2023-2025.....	12
2.2 RAPPORTI DI LAVORO FLESSIBILE.....	12
2.3 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.....	13
2.4 STABILIZZAZIONI	14
3. GLI INVESTIMENTI.....	15
3.1 PROGETTUALITA' PNRR.....	15
3.2 PROGETTUALITA' STATALI.....	15
3.3 PROGETTUALITA' REGIONALI	17
3.4 ALTRE LINEE DI FINANZIAMENTO DI PARTE CORRENTE PER INVESTIMENTI.....	18
3.5 ALTRE DISPOSIZIONI	18
4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	19
4.1 PROGETTUALITA' DA LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023	20

PREMESSA

Il presente documento è il risultato del consolidamento dei Piani attuativi aziendali per l'anno 2023 delle Aziende del Servizio sanitario regionale della regione Friuli Venezia Giulia operato sulla base della "Proposta alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità di Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023" approvata con decreto dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) n. 177 del 20 settembre 2023, successivamente modificato, con sostituzione dell'Allegato 2 (Proposta di Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2023), dal decreto del Direttore Generale di ARCS n. 192 del 13 ottobre 2023.

E' articolato nei seguenti capitoli:

Capitolo 1 - Iter e scenario

Descrive il processo che ha guidato la costruzione e approvazione dei piani aziendali ed il loro relativo consolidamento nonché, sinteticamente, gli aspetti formali entro cui è avvenuto il processo di programmazione 2023 e le modalità con cui il monitoraggio del piano annuale dovrà essere effettuato.

Capitolo 2 - Risorse umane

Descrive la manovra complessiva prevista per il 2023 in materia di assunzioni del personale.

Capitolo 3 - Investimenti

Descrive il programma degli investimenti

Capitolo 4 - Sintesi della programmazione aziendale

Riporta in forma schematica per ciascuna azienda gli obiettivi strategici o a gestione prioritaria e le attività e obiettivi di esercizio e mantenimento (con relativi risultati attesi e target) definiti dalle Linee annuali per la gestione del SSR.

1. ITER E SCENARIO

1.1 ITER DELLA PROGRAMMAZIONE

L'iter della programmazione del Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia per l'anno 2023, è stato differito dalla DGR 2041 del 29 dicembre 2022 avente ad oggetto: "LR 22/2019. Anno 2023. Differimento adozione delle linee per la gestione e autorizzazione dell'assegnazione e dell'erogazione in via provvisoria del finanziamento degli enti del SSR". Nelle more dell'approvazione degli atti programmatici regionali, tutti gli enti hanno conseguentemente provveduto ad autorizzare l'esercizio provvisorio del Bilancio preventivo per l'anno 2023 con i seguenti atti:

- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina: decreto del Direttore Generale n. 1142 del 29 dicembre 2022;
- Azienda Sanitaria Friuli Centrale: decreto del Direttore Generale n. 1473 del 30 dicembre 2022;
- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale: decreto del Direttore Generale n. 1116 del 30 dicembre 2022;
- IRCCS Burlo: decreto del Direttore Generale n. 226 del 30 dicembre 2022;
- IRCCS Cro: deliberazione del Direttore Generale n. 634 del 30 dicembre 2022;
- Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS): decreto del Direttore Generale n. 1 del 2 gennaio 2023.

La Giunta regionale ha successivamente approvato in via definitiva le Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale con DGR 480 del 17 marzo 2023 "LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023. Approvazione definitiva".

Le delibere regionali non forniscono un cronoprogramma di approvazione degli atti di programmazione conseguenti. Le tempistiche per la redazione e approvazione dei Piani aziendali, in assenza di specifiche indicazioni da parte della Direzione

Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (di seguito DCS), sono state pertanto ricondotte ai tempi così come definiti dagli artt. 50 e 52 della LR 22/2019, utilizzando il 17 marzo, giorno di approvazione delle Linee annuali definitive da parte della Giunta regionale, come data di decorrenza dei termini previsti.

Come previsto dalle Linee di gestione ed in coerenza all'art. 53 della LR 22/2019, ARCS ha predisposto ed inviato alle Aziende del Servizio sanitario regionale, con note prot. 11755 del 22 marzo 2023 e prot. 14150 del 6 aprile 2023, le indicazioni metodologiche per la stesura della proposta di Piano attuativo e Bilancio preventivo.

A seguito dell'approvazione delle Linee annuali e alla trasmissione delle indicazioni metodologiche, gli enti hanno regolarmente trasmesso ad ARCS e alla DCS, per le attività conseguenti, le proposte di Piano attuativo e Bilancio Preventivo per l'anno 2023. Ai sensi dell'art. 53, ARCS ha curato le attività di negoziazione, convocate con nota prot. 15113 del 17 aprile 2023, che si sono svolte nelle seguenti giornate:

- Azienda Sanitaria Friuli Centrale e Azienda Sanitaria Friuli Occidentale: 3 maggio 2023;
- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina e IRCCS Burlo: 4 maggio 2023;
- IRCCS Cro: 5 maggio 2023.

In esito alle negoziazioni con le aziende, ARCS ha trasmesso agli enti del SSR e, per conoscenza alla DCS, ulteriori precisazioni da recepire nell'adozione definitiva con le note:

- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale: prot. 18006 del 10 maggio 2023;
- Azienda Sanitaria Friuli Centrale: prot. 18007 del 10 maggio 2023;
- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina: prot. 18008 del 10 maggio 2023;
- IRCCS Burlo: prot. 18009 del 10 maggio 2023;
- IRCCS Cro: prot. 18010 del 10 maggio 2023.

ARCS ha trasmesso la propria proposta di Piano attuativo aziendale e Bilancio preventivo 2023 alla DCS con nota prot. 14964 del 14 aprile 2023. In mancanza di specifiche istruzioni da parte della DCS nella redazione del proprio Piano attuativo e Bilancio preventivo si è attenuta alle stesse indicazioni trasmesse agli enti del Servizio sanitario regionale. L'incontro negoziale tra DCS e ARCS si è svolto in data 15 maggio 2023 a cui è seguita la nota della DCS prot. 309061 del 26 maggio 2023, riportante le precisazioni da recepire nell'approvazione definitiva del Piano attuativo e Bilancio Preventivo per l'anno 2023.

A seguito degli incontri negoziali, gli enti hanno definitivamente approvato, corredati dalla relazione dei collegi sindacali, i "Piani attuativi e Bilanci preventivi per l'anno 2023" con i seguenti provvedimenti.

ASUGI	Decreto del Direttore Generale n. 682 del 18.8.2023 "Adozione definitiva del Piano attuativo e Bilancio economico preventivo per l'anno 2023"
ASUFC	Decreto del Direttore Generale n. 588 del 17.5.2023 "Piano attuativo - PA 2023 - Programma e Bilancio di Previsione - Approvazione"
ASFO	Decreto del Direttore Generale n. 427 del 17.5.2023 "Adozione definitiva del Piano attuativo e Bilancio Preventivo per l'anno 2023"
BURLO	Decreto del Direttore Generale n. 141 del 17.5.2023 "Adozione del PAO 2023 ai sensi della DGR 480/2023"
CRO	Deliberazione del Direttore Generale n. 209 del 17.5.2023 "Approvazione definitiva del programma annuale e bilancio preventivo 2023 corredata del parere del Collegio sindacale"
ARCS	Decreto del Direttore Generale n. 150 del 27.7.2023 "Piano attuativo e Bilancio preventivo 2023 - Approvazione definitiva"

Ai sensi dell'art. 53 della LR 22/2019, ARCS ha successivamente provveduto a predisporre e approvare la "Proposta alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e disabilità di Piano attuativo e Bilancio preventivo economico consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023" con decreto del Direttore generale n. 177 del 20 settembre 2023, successivamente modificato, con sostituzione dell'Allegato 2 (Proposta di Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli Enti del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2023), dal decreto ARCS n. 192 del 13 ottobre 2023.

Con riferimento ai tempi di approvazione della proposta di "Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del SSR" ARCS, con nota prot. 23691 del 20.6.2023, ha comunicato alla Direzione centrale salute, l'impossibilità di procedere al consolidamento entro le tempistiche stabilite dalla norma in quanto:

- non era ancora pervenuto il parere del collegio sindacale di ARCS in ordine all'adozione preliminare del Piano attuativo e Bilancio preventivo per l'anno 2023.

L'iter della negoziazione di ARCS si è concluso in data 26.5.2023 con la nota della DCS prot. 309061, al quale è seguita in data 31.5.2023 l'adozione preliminare del Piano attuativo e Bilancio preventivo 2023. Il parere favorevole del collegio sindacale è pervenuto in data 21.7.2023 e in data 27.7.2023, è stato adottato in via definitiva il Piano attuativo e Bilancio preventivo 2023 dell'ente;

- è stato necessario richiedere la revisione della manovra assunzionale ad ASUGI in quanto il PTFP 2023-2025 non rispettava il vincolo di spesa assegnato con DGR 480 del 17.3.2023.

A seguito dell'analisi del decreto 412 del 17.5.2023 "Adozione preliminare del Piano attuativo e Bilancio preventivo per l'anno 2023", la DCS, con note prot. 310219 del 11.5.2023, prot. 353583 del 16.6.2023 e prot. 378984 del 29.6.2023 ha chiesto ad ASUGI una revisione del PTFP 2023 - 2025. Con successivo decreto 591 del 6.7.2023 l'Azienda ha provveduto alla "Riadozione del Piano attuativo e Bilancio economico preventivo per l'anno 2023". Con nota prot. 29495 del 3.8.2023 ARCS, in accordo con la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, ha evidenziato ad ASUGI, che il decreto 591 sopra richiamato era corredato dal parere del Collegio Sindacale rilasciato sul Piano attuativo e Bilancio Economico preventivo per l'anno 2023 di cui al decreto n. 412 del 17.05.2023. Con decreto 682 del 18.8.2023, ASUGI ha infine provveduto alla "Adozione definitiva del Piano attuativo e Bilancio economico preventivo per l'anno 2023" corredato del parere del Collegio sindacale espresso in data 31.7.2023.

Come previsto dagli articoli 56 e 57 della succitata LR 22/2019, il processo di controllo di gestione per gli enti del Servizio sanitario regionale, verrà effettuato dall'ARCS e sarà articolato in controlli trimestrali da effettuarsi rispettivamente entro il 31 maggio, 31 luglio e 31 ottobre 2023.

1.2 SCENARIO 2023

Il decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, di adozione del "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" (di seguito DM 77), dando avvio alla riforma dell'assistenza territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR, ha previsto l'adozione di un provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale da parte delle Regioni e Province autonome, entro sei mesi dalla sua entrata in vigore.

Tale documento, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022, procede in parallelo con la già avviata attuazione degli investimenti previsti dalla medesima Missione 6 del PNRR e implementa la riforma nazionale sul territorio regionale, descrivendone i processi e rinviando alle annuali Linee per la gestione per la definizione di un cronoprogramma per successive fasi di realizzazione dei modelli previsti e di adeguamento agli standard prefigurati. L'implementazione della riforma dell'assistenza territoriale e degli investimenti del PNRR, inoltre, si integra con l'attuazione delle funzioni previste negli atti aziendali approvati nel corso del 2022 da parte degli enti del Servizio sanitario regionale.

Nello specifico, si tratta, per quanto riguarda la Componente 1, di predisporre la Casa della Comunità quale luogo fisico di riferimento per l'utenza e punto unico di accesso per le cronicità, con l'integrazione tra professionisti, e le Centrali operative territoriali come perno informativo del sistema, capace di gestire le transizioni tra i setting di cura e di attivare le valutazioni

multidimensionali necessarie alla presa in carico anche, e preferibilmente, domiciliare, attività facilitata dagli strumenti di telemedicina che sono fondamentale ausilio per garantire la capillarità dell'assistenza sul territorio regionale, anche facendo perno sui Punti Salute di Comunità, e dalla figura professionale, sempre più rilevante, dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, autentico manager del percorso di cura a cui deve essere garantita un'adeguata formazione. Sul versante cure intermedie, gli Ospedali di Comunità sono rivolti a pazienti che non richiedono la complessità e l'intensità di cure erogate a livello ospedaliero, ma che comunque, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma insieme ad assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa non erogabile a domicilio.

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

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

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

Tale miglioramento e razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali non può prescindere dall'effettiva attivazione di servizi informativi e transazionali presso gli enti del Servizio sanitario regionale, solo i quali possono consentire un efficace governo e monitoraggio del sistema.

1.3 ANALISI DEI PIANI ATTUATIVI E BILANCI PREVENTIVI DELLE AZIENDE DEL SSR

Come precisato *supra*, gli Enti hanno trasmesso il proprio Piano attuativo e Bilancio preventivo per l'anno 2023 ai collegi sindacali per l'acquisizione dei pareri di competenza.

I collegi sindacali hanno esaminato la documentazione ed espresso il loro parere, con i seguenti verbali:

ASUGI	Verbale n. 68 del 31.7.2023
ASUFC	Verbale n. 45 del 16.5.2023
ASFO	Relazione del 16.5.2023 (prot. 37317 del 17.5.2023)
BURLO	Verbale n. 3 del 12.5.2023
CRO	Verbale n. 1 del 15.5.2023
ARCS	Verbale del 15 del 15 giugno 2023

Di seguito si riportano le osservazioni formulate dai diversi collegi sindacale in ordine ai piani trasmessi:

ASUGI: il Collegio esprime parere favorevole sul bilancio preventivo per l'anno 2023 ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2023, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali".

ASUFC: il Collegio esprime parere favorevole sul bilancio preventivo per l'anno 2023 ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2023, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali.

Riguardo a quanto sopra si osserva che:

La formulazione automatica del sistema "PISA" va così declinata: il bilancio risulta predisposto nel rispetto della normativa e delle direttive regionali che prescrivono obbligatoriamente il pareggio di bilancio e non sulla base dei fabbisogni e degli atti di programmazione aziendale. Quindi, a meno che non siano assegnati ulteriori finanziamenti nel corso dell'anno, come avvenuto negli anni precedenti, l'azienda dovrà riaggiornare la programmazione aziendale per renderla congrua e coerente con i valori indicati. Pertanto, l'attestazione da parte del Collegio sull'attendibilità, coerenza e congruità dei valori indicati è rimandata all'esplicitazione delle modalità e ai programmi con cui l'azienda intende pervenire al pareggio dei conti.

ASFO: Il Collegio nel giudizio conclusivo rileva che "La riduzione ipotizzata per il 2023, riguarda la quasi totalità dei costi che sono previsti inferiori, del 12,09%, a quelli dell'esercizio 2022. I costi appostati sono addirittura inferiori a quelli del bilancio 2019, bilancio non influenzato da misure Covid (-1,22%). Una simile manovra, che comporta una riduzione per circa 80 milioni, esige, se si vogliono rispettare gli obiettivi assegnati (che non sembrano contemplare una riduzione dei servizi erogati) e fatti propri nel Piano Attuativo Locale, l'esplicitazione di precise linee d'azione finalizzate alla riduzione della spesa così come preventivato. Accanto alle predette azioni che sarà dell'Azienda approntare e comunicare al Collegio, vanno al contempo ricercati accordi di "copertura" con la Regione in ordine ad eventuali ulteriori fabbisogni che si rendessero comunque necessari. Il giudizio positivo del Collegio è, pertanto, condizionato al verificarsi delle anzidette condizioni. Altra raccomandazione che il Collegio ritiene di dover esprimere riguarda la necessità di un costante e meticoloso monitoraggio di alcune poste che potrebbero costituire possibili criticità: spesa farmaceutica, ridotta rispetto al consuntivo 2022 di 23.116.698,00 (-59.5%); spesa per i dispositivi medici ed altre voci di cui alla Tab. 5. Si tratta, infatti, da un lato di voci spesso assoggettate a vincoli operativi, dall'altro di grandezze, di norma, correlate all'espansione o al mantenimento dell'attività istituzionale. Il Collegio, come già per i trascorsi esercizi, eserciterà una costante azione di monitoraggio periodico sull'andamento effettivo finalizzato ad individuare gli eventuali scostamenti tra i valori del preventivo e quelli via via consuntivati, valutandone di volta in volta, unitamente alla Direzione Aziendale, le motivazioni e la sostenibilità finanziaria".

BURLO: ... Il collegio esprime parere favorevole sul bilancio preventivo per l'anno 2023, ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2023, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali.

Riguardo a quanto sopra si osserva che:

Il rispetto delle linee guida emanate da ARCS e le risorse attualmente assegnate hanno reso impossibile il rispetto dei principi di prudenza, comparabilità, omogeneità e continuità previsti dal D. lgs. 118/2011 e pertanto il bilancio rappresenta un mero adempimento tecnico.

Visti i mancati finanziamenti si presume che la copertura delle entrate previste assicurino il funzionamento dell'Istituto indicativamente per i soli primi 10 mesi circa.

Tenuto conto di quanto su indicato, rilevata la carenza delle risorse economiche attualmente assegnate, si ritiene necessario monitorare ed aggiornare le previsioni di costo già in sede di primo rendiconto trimestrale.

CRO:il collegio sindacale nel verbale del Bilancio preventivo economico per l'anno 2023 esprime parere favorevole ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2023, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali.

Nella relazione, tuttavia, invita l'Istituto alla prosecuzione di un costante controllo e contenimento dei costi, in particolare, monitorando attentamente il costo del personale e il costo dei farmaci oncologici.

ARCS: il Collegio esprime parere favorevole sul bilancio preventivo per l'anno 2023 ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2023, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali.

Riguardo a quanto sopra si osserva che:

La relazione del Direttore Generale si intende rappresentata dalla prima parte del Piano in cui viene illustrata la programmazione e le linee strategiche aziendali che poi trovano rappresentazione economica nel bilancio di previsione

sulla base dell'interpretazione della LR 22/2019 e dalla LR 26/2015. Tale indicazione è stata fornita al Collegio dalla dott.ssa I.B. responsabile della SC Pianificazione, programmazione e controllo direzionale.

Nel capitolo 4 sono riportate le progettualità dei diversi Piani attuativi 2023. La rappresentazione data è di tipo schematico. È stata predisposta una tabella nella quale sono stati inseriti gli obiettivi aziendali e i risultati attesi delle Linee annuali per la gestione e per ciascun ente sono state contrassegnate quelle di rispettiva competenza.

L'ultima colonna è stata destinata alle "Note aziendali". Vi sono riportati i commenti e/o le richieste aziendali nonché, ove necessario, delle osservazioni da parte di ARCS allo scopo di evidenziare eventuali criticità che possono condizionare il raggiungimento di un obiettivo e/o la sua misurabilità.

In alcuni casi le aziende hanno presentato rispetto ai contenuti della programmazione regionale:

- Obiettivi e/o risultati attesi mancanti;
- Richieste di modifica di obiettivi e/o risultati attesi;
- Progettualità aggiuntive rispetto a quelle regionali.

Per quanto riguarda i Programmi attuativi aziendali sulle Liste di Attesa, presenti nei Piani attuativi delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2023, si riscontra la mancanza di una mappatura epidemiologica della popolazione da servire. Questo riguarda specialmente i percorsi collegati alla cronicità dove non è chiaro come viene quantificato il bisogno di salute. Molto spesso le analisi si basano sui dati storici (prestazioni erogate), ma non è previsto un meccanismo più preciso di confronto tra domane e offerta. Altro elemento da evidenziare riguarda il problema della policy sulla gestione del diritto di garanzia, che è parte integrale dei suddetti Piani e deve anche essere resa accessibile agli utenti (pubblicazione in sito web).

Per quanto attiene l'attuazione delle azioni previste dai Programmi attuativi aziendali sulle Liste di Attesa si precisa che nel corso dell'anno la Regione è intervenuta con dei provvedimenti che possono aver modificato i contenuti, priorità e/o le tempistiche di realizzazione.

I provvedimenti sono i seguenti:

- DGR 1198 del 27.7.2023: DI 198/2022, art 4, comma 9-octies. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023.
- DGR 1244 del 4.8.2023: Lr 13/2023, art 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Ripartizione risorse e indicazioni.
- DGR 1317 del 25.8.2023: Lr 13/2023, art 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Dgr 1244/2023. Approvazione piano complessivo azioni enti SSR.

2. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La cornice operativa a cui gli Enti del SSR dovevano far riferimento per definire, all'interno dei Bilanci di Previsione 2023, la programmazione della manovra del personale e le stime relative ai fabbisogni 2023/2025, prevede:

- l'attuazione delle funzioni previste negli Atti aziendali approvati nel corso del 2022,
- l'adeguamento alle disposizioni di cui al DM 77/2022, così come declinate nella DGR 480/2023,
- il passaggio alla fase operativa nell'applicazione delle Reti di cura, in particolare di quella oncologica,
- l'abbattimento delle liste d'attesa
- il rispetto del tetto di spesa complessivo sul personale nonché di un tetto specifico per il personale somministrato.

Inoltre, i tetti di spesa assegnati a ciascuna Azienda, con la DGR 480/2023, tengono conto dell'attivazione di funzioni in precedenza non previste e del compimento delle attività avviate nell'esercizio precedente che riguardano, in particolare:

- il completamento della protonterapia e del centro trapianti e l'attivazione delle funzioni di chirurgia plastica oncologica, dermatologia oncologica, genetica medica ad orientamento oncologico presso il CRO;

- la reinternalizzazione della RSA di Tolmezzo e l'attivazione presso ASU FC delle nuove funzioni denominate "PACU Cividale" e "Riabilitazione Gemona";
- la stabilizzazione del personale ai sensi dell'art.1, comma 268 lett. b) della L.234/2021.

Secondo la citata DGR, i valori così definiti potranno essere oggetto di variazioni in occasione delle manovre di bilancio, sulla base degli andamenti occupazionali e degli interventi previsti dalla programmazione sanitaria.

Come specificato nella DGR 480/2023, ai fini della composizione dei costi, rilevanti per la verifica del rispetto del tetto, non rientrano le voci indicate nella nota metodologica allegata alla DGR 1473/2020 e le risorse per:

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

A seguito della presentazione dei seguenti provvedimenti di approvazione dei Bilanci di Previsione risulta che la manovra programmata da tutte le Aziende rispetta il tetto di spesa fissato con DGR 480/2023 come segue:

AZIENDA	Prov. Adozione bilancio	dati da bilancio preventivo	TETTO DI SPESA 2023 DGR 480/2023	margin e
ARCS	Decreto n 150 del 27/7/2023	9.659.032,11	10.629.090,32	970.058,21
ASFO	Decreto n 427 del 17/5/2023	157.883.415,22	159.503.469,38	1.620.054,16
ASU FC	Decreto n 588 del 17/5/2023	385.315.154,58	385.400.260,02	85.105,44
ASU GI	Decreto n 682 del 18/8/2023	262.108.145,02	262.108.146,02	1,00
BURLO	Decreto n 141 del 17/5/2023	33.780.323,85	33.780.323,85	-
CRO	Deliberazione n 209 del 17/5/2023	32.391.648,30	32.393.126,02	1.477,72
TOTALE		881.137.719,08	883.814.415,61	2.676.696,53

* il dato di ASFO si riferisce alla correzione trasmessa con nota prot. n. 0043472 del 9/6/2023

Si specifica che, a seguito dei controlli effettuati e segnalati ad ASFO da ARCS, con nota prot. 20839 del 31/05/2023, in merito alla non coerenza delle detrazioni riferite al rinnovo del contratto comparto triennio 2012-2021, l'Azienda prima, con nota prot. 0041431 dell'1/6/2023, ha provveduto a rettificare l'importo in detrazione come richiesto e successivamente, con nota prot. 0043472 del 9/6/2023, ha ulteriormente modificato la tab. T.20G_COSTI 23-25 decretata. A seguito di tali modifiche sono state inserite le prestazioni aggiuntive relative alla dirigenza sanitaria, finanziate dai risparmi derivanti dalla mancata attuazione del PTFP (BA1390), per un importo pari a € 330.000,00. Detto importo è stato confermato anche in sede di Il rendiconto trimestrale. A seguito di tali modifiche, il costo totale del personale, al netto delle detrazioni, ha subito una modifica rispetto al valore indicato nel decreto ASFO n. 427/2023 ma il tetto di spesa risulta comunque rispettato.

Gli Enti del SSR, al fine di rendere la manovra chiara e monitorabile e in applicazione di quanto previsto dalle linee di gestione 2023, hanno inoltre dato evidenza e dichiarato i fabbisogni per il triennio 2023-2025, espressi in termini quali-quantitativi nonché la dotazione organica esistente alla data del 31.12.2022.

Di seguito si dà evidenza degli organici rilevati alla data del 31.12.2022 e di quelli previsti dalle singole aziende al 31.12.2023.

Riepilogo per Azienda

AREA	Ruolo	ARCS			ASFO			ASUFC			ASUGI			BURLO			CRO			TOT. SSR		
		2.022	2.023	Δ	2.022	2.023	Δ	2.022	2.023	Δ	2.022	2.023	Δ	2.022	2.023	Δ	2.022	2.023	Δ	2.022	2.023	Δ
COMPARTO	sanitario	44	54	10	1.883	2.002	119	4.545	4.958	413	3.314	3.247	-67	372	373	1	299	324	25	10.457	10.958	501
	socio sanitario	2	1	-1	692	709	17	1.658	1.683	25	1.061	1.006	-55	85	86	1	67	70	3	3.565	3.555	-10
	amministrativo	105	140	35	339	352	13	632	702	70	473	472	-1	73	90	17	91	100	9	1.713	1.856	143
	tecnico professionale	10	15	5	184	208	24	465	503	38	400	384	-16	31	31		69	75	6	1.159	1.216	57
TOT. COMPARTO	161	210	49	3.098	3.271	173	7.301	7.847	546	5.248	5.109	-139	561	580	19	526	569	43	16.895	17.586	691	
DIRIGENZA	amministrativo	19	20	1	15	16	1	29	30	1	22	20	-2	9	9		8	9	1	102	104	2
	tecnico	3	3		2	2		6	7	1	2	2		3	4	1	2	2		18	20	2
	professionale	5	5		9	12	3	14	17	3	16	17	1	1	3	2	3	3		48	57	9
	sanitario	13	16	3	596	640	44	1.499	1.611	112	1.113	1.099	-14	178	181	3	167	179	12	3.566	3.726	160
TOT. DIRIGENZA	40	44	4	622	670	48	1.548	1.665	117	1.153	1.138	-15	191	197	6	180	193	13	3.734	3.907	173	
ricerca													51	80	29	44	65		95	145	50	
TOT. RICERCA SANIT.													51	80	29	44	65		95	145	50	
TOT. PERSONALE	201	254	53	3.720	3.941	221	8.849	9.512	663	6.401	6.247	-154	803	857	54	750	827	56	20.724	21.638	914	

La manovra sul personale programmata dalle aziende per l'anno 2023 comporta il totale riassorbimento delle unità dedicate all'emergenza Covid (pari a complessive 708 unità) e prevede un ulteriore incremento di 914 unità, così raggruppate per area contrattuale (ai fini della comparazione il personale COVID è stato considerato tutto a TD):

Riepilogo per area e tipologia rapporto

area contrattuale	Dotazione rilevata al 31.12.2022						Piano triennale dei fabbisogni 2023				Variazioni				
	TI	TD	UNIV	TOT. IST	D.O. COVID	TOT	TI	TD	UNIV	TOT	TI	TD	UNIV	TOT.	%
comparto sanitario	9.875	167	-	10.042	415	10.457	10.665	293	-	10.958	790	-289		501	4,8%
camparto PTA	5.901	368	-	6.269	169	6.438	6.451	177	-	6.628	550	-360		190	3,0%
dirigenza sanitaria	3.127	171	144	3.442	124	3.566	3.454	130	142	3.726	327	-165	-2	160	4,5%
dirigenza PTA	147	21	-	168	-	168	167	14	-	181	20	-7		13	7,7%
ricerca	-	95	-	95	-	95	-	145	-	145		50		50	52,6%
totale	19.050	822	144	20.016	708	20.724	20.737	759	142	21.638	1.687	-771	-2	914	4,4%

Dell'incremento complessivo di 914 unità, oltre il 72% è rappresentato dalla previsione di nuove acquisizioni di profili sanitari sui quali continuano a registrarsi difficoltà di reperimento.

Nella tabella che segue si dà evidenza dei singoli profili movimentati a livello di SSR:

Contratto	Ruolo	Profilo	Dotazione rilevata al 31.12.2022					Piano triennale dei fabbisogni 2023				Variazioni		
			TI	TD	UNIV	TOT. IST	D.O. COVID	TOTALE	TI	TD	UNIV		TOTALE	TOTALE
COMPARTO	SANITARIO	Puericultrice	2			2		2	2			2		
		Infermiere Generico Senior	16			16		16	8			8		-8
		Infermiere Psichiatrico Senior	2			2		2						-2
		Puericultrice Senior	4			4		4	4			4		
		C.P.S. Assistente sanitario	155	2		157	14	171	171	9		180		9
		C.P.S. Dietista	51	3		54		54	53			53		-1
		C.P.S. Educatore Professionale	33	20		53		53	51	14		65		12
		C.P.S. Fisioterapista	496	25		521		521	530	13		543		22
		C.P.S. Igienista Dentale	1			1		1	2			2		1
		C.P.S. Infermiere	7.010	75		7.085	350	7.435	7.588	207		7.795		360
		C.P.S. Infermiere pediatrico	96	3		99	1	100	120	2		122		22
		C.P.S. Logopedista	106	1		107		107	118			118		11
		C.P.S. Massaggiatore Non Vedente	8			8		8	7			7		-1
		C.P.S. Odontotecnico	2			2		2	2			2		
		C.P.S. Ortottista	25	2		27		27	32			32		5
		C.P.S. Ostetrica	326	17		343	10	353	349	28		377		24
		C.P.S. Podologo	1			1		1	2			2		1
		C.P.S. Tecn.Audiometrista	15	2		17		17	19	1		20		3
		C.P.S. Tecn.Fisopat. Cardioc.Perfusione Cardiovascolare	38			38		38	38			38		
		C.P.S. Tecn.Neurofisiopatologia	49			49		49	50	2		52		3
		C.P.S. Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	190	1		191		191	201	2		203		12
		C.P.S. Tecn.Riabilitazione psichiatrica	55			55		55	61			61		6
		C.P.S. Tecn.San.Laboratorio Biomedico	528	3		531	40	571	588	6		594		23
		C.P.S. Tecn.San.Radiologia Medica	450	8		458		458	453	2		455		-3
		C.P.S. Terap.Neuro e Psicomotricita' dell'Eta' Evolutiva	21	5		26		26	27	5		32		6
		C.P.S. Terapista occupazionale	15			15		15	15	2		17		2
		C.P.S. Tecn.prev.Ambiente e nei Luoghi di Lavoro senior	11			11		11	11			11		
		C.P.S. Tecn.Audiometrista senior	1			1		1	1			1		
		C.P.S. Tecn.San.Laboratorio Biomedico senior	10			10		10	10			10		
		C.P.S. Tecn.San.Radiologia Medica senior	8			8		8	8			8		
		C.P.S. Assistente sanitario senior	6			6		6	4			4		-2
		C.P.S. Tecn.Neurofisiopatologia senior	1			1		1	1			1		
		C.P.S. Ostetrica senior	1			1		1						-1
	C.P.S. Fisioterapista senior	14			14		14	13			13		-1	
	C.P.S. Infermiere Senior	128			128		128	113			113		-15	
	Infermiere Elev.Qual.							13			13		13	
	RUOLO SANITARIO Totale			9.875	167		10.042	415	10.457	10.665	293	10.958	501	
	SOCIO SAN.	Operatore Socio Sanitario		3.229	59		3.288	161	3.449	3.391	43		3.434	-15
		Assistente sociale		110	2		112	1	113	115	3		118	5
		Assistente sociale Senior		3			3		3	3			3	
	RUOLO SOCIO SANITARIO Totale			3.342	61		3.403	162	3.565	3.509	46	3.555	-10	
	AMM.VO	Commesso		12			12		12	11			11	-1
		Coadiutore Amministrativo		301			301		301	329			329	28
		Coadiutore Amministrativo Senior		102	54		156		156	113	4		117	-39
		Assistente Amministrativo		707	69		776		776	791	45		836	60
Collaboratore Amministrativo professionale			327	80		407		407	494	9		503	96	
Collaboratore Amministrativo professionale Senior			60	1		61		61	59	1		60	-1	
RUOLO AMMINISTRATIVO Totale		1.509	204		1.713		1.713	1.797	59		1.856	143		
TECNICO	Aus.Spec.Serv.Socio-Assistenziali		219			219		219	204			204	-15	
	Aus.Spec.Serv.Tec.Economali		41			41		41	29			29	-12	
	Operatore Tecnico		271	6		277		277	291	5		296	19	
	Operatore Tecnico Addetto assistenza		30			30		30	25			25	-5	
	Operatore Tecnico Specializzato		201	73		274	7	281	259	59		318	37	
	Programmatore		10			10		10	10			10		
	Assistente Tecnico		64	15		79		79	82			82	3	
	Operatore Tecnico Specializzato Senior		101	1		102		102	97			97	-5	
	Collaboratore Tecnico Professionale		105	7		112		112	140	7		147	35	
	Collaboratore Tecnico Professionale Senior		8			8		8	8			8		
RUOLO TECNICO Totale		1.050	102		1.152	7	1.159	1.145	71		1.216	57		
Assistente Religioso			1		1		1		1		1			
RUOLO PROFESSIONALE Totale			1		1		1		1		1			
TOTALE CONTRATTO COMPARTO			15.776	535		16.311	584	16.895	17.116	470	17.586	691		
DIRIGENZA PTA	AMM.VO Dirigenti Amministrativi		90	12		102		102	97	7		104	2	
	RUOLO AMMINISTRATIVO Totale		90	12		102		102	97	7		104	2	
	Analista		5	1		6		6	5	1		6		
	Sociologi		5	1		6		6	3	2		5	-1	
	Dir.prof. Assistente sociale								3			3	3	
	Statistico		6			6		6	6			6		
	RUOLO TECNICO Totale		16	2		18		18	17	3		20	2	
	Architetti		1	1		2		2	3			3	1	
	Avvocati E Procuratori Legali		3			4		4	2			2	-2	
	Ingegneri		37	5		42		42	48	4		52	10	
RUOLO PROFESSIONALE Totale		41	7		48		48	53	4		57	9		
TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA PTA		147	21		168		168	167	14		181	13		
DIRIGENZA AREA SANITA'	SANITARIO	Medici	2.597	150	136	2.883	112	2.995	2.856	121	135	3.112	117	
	Odontoiatri		13	4	2	19		19	17	3	1	21	2	
	Veterinari		85	2		87		87	90			90	3	
	Biologi		87	4	4	95	5	100	103	3	4	110	10	
	Chimici		6			6		6	5			5	-1	
	Dirigente delle Professioni Sanitarie		29	4		33		33	48	1		49	16	
	Farmacisti		65	3	2	70	2	72	77	1	2	80	8	
	Fisici		27			27		27	31			31	4	
	Psicologi		218	4		222	5	227	227	1		228	1	
	RUOLO SANITARIO Totale		3.127	171	144	3.442	124	3.566	3.454	130	142	3.726	160	
TOTALE CONTRATTO DIRIGENZA AREA SANITA'		3.127	171	144	3.442	124	3.566	3.454	130	142	3.726	160		
D collaboratore prof.le - ricerca sanitaria			29		29		29		47		47	18		
Ds ricercatore sanitario			66		66		66		98		98	32		
RICERCA Totale			95		95		95		145		145	50		
TOTALE CONTRATTO RICERCA SANITARIA			95		95		95		145		145	50		
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE			19.050	822	144	20.016	708	20.724	20.737	759	21.638	914		

2.1 PIANI TRIENNALI DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE 2023-2025

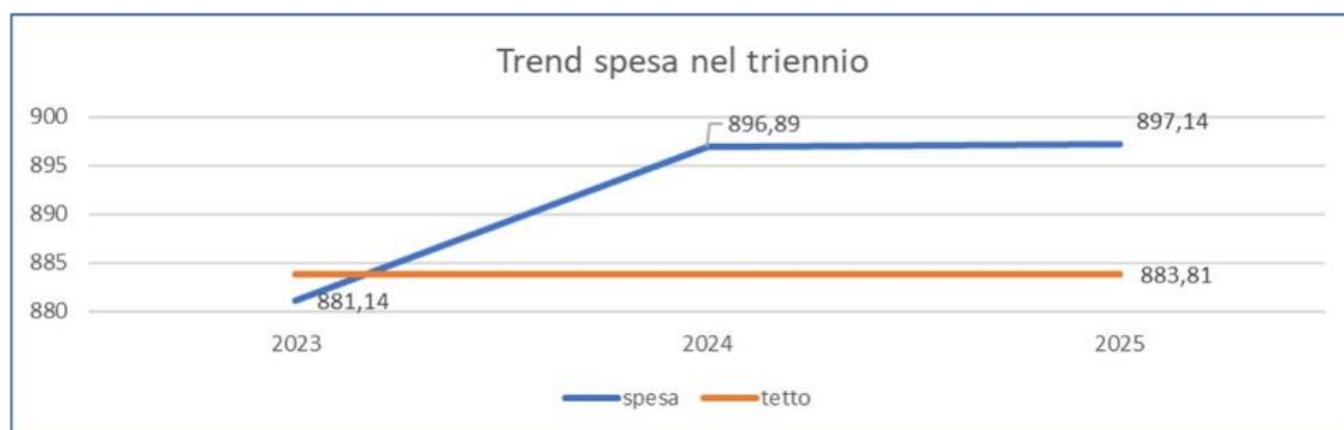
In conformità alle disposizioni di cui agli artt. 6 e 6 ter del D. Lgs. 165/2001 e del DPCM 8 maggio 2018 le Aziende erano tenute ad adottare anche la proposta di Piano triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025.

Tutte le Aziende hanno prodotto la proposta di piano ed hanno provveduto a quantificare le risorse finanziarie necessarie, compilando le tabelle all'uopo predisposte.

Sostanzialmente, nel triennio, gli organici registrano un lieve incremento imputabile alle stime di nuove acquisizioni effettuate dai due IRCCS riferite a n. 9 unità dedicate alla ricerca (CRO) e n. 10 unità su vari profili del comparto (BURLO).

Nel triennio la proiezione dei costi del personale risulta non sostenibile con l'attuale tetto di spesa a livello di SSR.

AZIENDA	TETTO DI SPESA 2023 DGR 480/2023	dati da bilancio preventivo 2023	proiezione 2024	proiezione 2025	incremento spesa rispetto al tetto	
					2024	2025
ARCS	10.629.090,32	9.659.032,11	10.677.274,93	10.677.274,93	48.184,61	48.184,61
ASFO	159.503.469,38	157.883.415,22	159.341.328,78	159.341.328,78	-162.140,60	-162.140,60
ASU FC	385.400.260,02	385.315.154,58	397.911.810,05	397.911.810,05	12.511.550,03	12.511.550,03
ASU GI	262.108.146,02	262.108.145,02	262.108.145,02	262.108.145,02	-1,00	-1,00
BURLO	33.780.323,85	33.780.323,85	34.163.642,12	34.163.642,12	383.318,27	383.318,27
CRO	32.393.126,02	32.391.648,30	32.686.472,62	32.937.983,53	293.346,60	544.857,51
TOTALE	883.814.415,61	881.137.719,08	896.888.673,53	897.140.184,43	13.074.257,92	13.325.768,82



Si precisa che, i costi proiettati da ASUGI nel triennio restano invariati seppur l'organico nel corso del 2023 dovrebbe subire una flessione di 154 unità, che in proiezione dovrebbe comportare anche una riduzione dei costi sul biennio successivo.

Come previsto dalla DGR 480/2023, nelle more dell'approvazione dei PTFP 2023-2025 da parte della Direzione Centrale Salute tutti gli Enti potranno procedere all'assunzione del personale nel rispetto delle indicazioni contenute nel paragrafo 11.3 della medesima DGR.

2.2 RAPPORTI DI LAVORO FLESSIBILE

Come previsto dalla DGR 480/2023, nella programmazione dell'utilizzo di tale tipologia di rapporto le Aziende devono tener conto del fatto che il numero massimo di contratti a tempo determinato e di contratti di somministrazione a tempo determinato non può superare il tetto annuale del 20% del personale a tempo indeterminato in servizio al 1° gennaio dell'anno di assunzione, con arrotondamento dei decimali all'unità superiore qualora esso sia uguale o superiore a 0,5.

In ogni caso, anche qualora il numero di contratti a tempo determinato/somministrazione risulti inferiore al predetto limite, nell'anno 2023 il costo del personale somministrato, sanitario e non sanitario, non può eccedere i valori indicati nella DGR 480/2023.

Dai dati forniti dalle Aziende risulta che due Aziende non rispettano il tetto in questione, pur rispettando - però - il tetto complessivo sul personale.

COSTO PERSONALE SOMMINISTRATO								
Azienda	2023 (1)		2024		2025		Tetto di spesa (2)	Δ (2-1)
	teste	Costo complessivo	teste	Costo complessivo	teste	Costo complessivo		
ARCS	1	137.000					459.740	322.740
ASFO	10	288.472	10	288.472	10	288.472	288.472	-
ASUFC	30	1.020.735	-		-		619.897	- 400.838
ASUGI	45	1.844.402	45	1.844.402	45	1.844.402	1.450.113	- 394.289
BURLO	9	256.641	9	256.641	9	256.641	273.750	17.109
CRO	8	186.784	8	186.784	8	186.784	207.691	20.907
TOTALE	103	3.734.033	72	2.576.298	72	2.576.298	3.299.663	- 434.370

Tutte le Aziende evidenziano, mediante la compilazione della tab. 20H, il rispetto dei vincoli assunzionali riferiti alla percentuale massima di rapporti flessibili attivabili nel 2023.

2.3 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Con DGR 480/2023 è stata confermata, per l'anno 2023, l'applicazione del comma 5 dell'art.128 della Legge regionale 9 giugno 2022, n. 8 in ordine alla maggiorazione delle tariffe previste per le prestazioni aggiuntive del personale medico, compresi gli anestesisti, ed infermieristico operante nei servizi di emergenza-urgenza.

Secondo la DGR 480/2023, ferma restando la compatibilità finanziaria, ciascun ente del SSR può destinare i risparmi derivanti dalla mancata attuazione del piano triennale dei fabbisogni alla remunerazione di prestazioni aggiuntive del personale:

- della dirigenza dell'area della sanità con applicazione della tariffa contrattualmente stabilita, ad eccezione delle ipotesi previste dall'art.128, comma 5 della L.R. 8/2022;
- del personale del comparto con applicazione della tariffa aziendale, ad eccezione delle ipotesi previste dall'art.128, comma 5 della L.R. 8/2022. Quanto ai profili interessati, nelle more dell'emanazione delle linee di indirizzo in materia di prestazioni aggiuntive per il personale del comparto in sede di confronto regionale ai sensi dell'art.7 comma 1 lett. d) del CCNL 2.11.2022, oltre al personale infermieristico e tecnico di radiologia medica, potranno essere coinvolti altri profili del ruolo sanitario dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, tenuto conto delle specifiche esigenze da valutarsi a cura della direzione aziendale.

In sede di bilancio preventivo le Aziende hanno dichiarato il seguente utilizzo, che in ogni caso è subordinato al permanere delle condizioni previste nella DGR 480/2023:

AZIENDA	Prestazioni aggiuntive comparto											
	emergenza/urgenza						altro					
	2023		2024		2025		2023		2024		2025	
	ore	costo	ore	costo	ore	costo	ore	costo	ore	costo	ore	costo
ARCS	5.500	192.500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASFO	-	-	-	-	-	-	20.000	936.600	-	-	-	-
ASUFC	16.000	1.070.400	-	-	-	-	22.000	1.030.260	-	-	-	-
ASUGI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BURLO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	21.500	1.262.900	-	-	-	-	42.000	1.966.860	-	-	-	-

AZIENDA	Prestazioni aggiuntive dirigenza sanitaria											
	emergenza/urgenza						altro					
	2023		2024		2025		2023		2024		2025	
	ore	costo	ore	costo	ore	costo	ore	costo	ore	costo	ore	costo
ARCS												
ASFO	3.000	325.500					500	32.550				
ASUFC	16.860	1.829.310					23.662	1.923.981	3.662	621.981	3.662	621.981
ASUGI												
BURLO												
CRO							921	60.000				
TOTALE	19.860	2.154.810					25.083	2.016.531	3.662	621.981	3.662	621.981

2.4 STABILIZZAZIONI

Secondo la DGR 480/2023, alla luce della proroga al 31.12.2023 delle previsioni contenute nell'art.20, commi 1 e 2 del D.Lgs. 75/2017 e di quanto previsto dal comma 268 lett.b) dell'art. 1 della L. 234/2021, come da ultimo modificato dall'art. 4, commi 9-sexiesdecies e 9-septiesdecies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14, le Aziende del SSR possono procedere alla stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti, tenendo conto di quanto previsto dalla DGR 1209 del 26.08.2022 per il comparto e la nota n. 9466 del 10.08.2022 per la dirigenza dell'Area sanità.

In sede di bilancio preventivo le Aziende, sulla base della ricognizione, fin qui effettuata degli aventi diritto, hanno quantificato mediante compilazione della tab. 20I le ipotesi di stabilizzazione, di seguito sintetizzate.

AZIENDA	D.LGS. 75/2017 art. 20 cc 1 e 2 unità	L. 234/2021 art. 1 c. 268 lett. b	COSTO ANNUO A REGIME
ARCS		5	229.620,00
ASFO		3	104.396,82
ASUFC	10	25	1.039.690,86
ASUGI		170	5.494.216,87
BURLO		1	35.770,94
CRO			
totale	10	204	6.903.695,49

3. GLI INVESTIMENTI

3.1 PROGETTUALITA' PNRR

MODIFICA DEL CIS, AGGIORNAMENTO DEL POR E

ASSEGNAZIONE NUOVE RISORSE FINANZIARIE (DGR 639/2023 E DGR 1035/2023)

Con DGR 639/2023 la Giunta:

- a) ha approvato la proposta di modifica ai sensi dell'art 13 del CIS;
- b) ha approvato in via definitiva le schede di intervento di cui alle DGR 1686/2022 e DGR 1923/2022 e il relativo aggiornamento del Piano Operativo Regionale (POR);
- c) ha approvato in via preliminare le schede di intervento aggiornate ai fini della modifica del POR allegato al CIS;
- d) ha confermato e assegnato le risorse finanziarie regionali a copertura del maggior fabbisogno finanziario, in quota ASFO, necessario al raggiungimento delle milestone PNRR come da seguente tabella:

Intervento	Regionali	PNRR	Totale
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona CORDENONS	1.060.605,00	1.489.395,00	2.550.000,00
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona MANIAGO	1.698.360,78	1.489.395,00	3.187.755,78
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona SACILE	1.698.360,78	1.489.395,00	3.187.755,78
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona SAN VITO AL TAGLIAMENTO	1.210.605,00	1.489.395,00	2.700.000,00
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona SPILIMBERGO	1.060.605,00	1.489.395,00	2.550.000,00
M6C1I1.2.2 - Centrali operative territoriali (COT) - COT PORDENONE	26.925,00	173.075,00	200.000,00
M6C1I1.2.2 - Centrali operative territoriali (COT) - COT SACILE	26.925,00	173.075,00	200.000,00
M6C1I1.2.2 - Centrali operative territoriali (COT) - COT SAN VITO AL TAGLIAMENTO	26.925,00	173.075,00	200.000,00
M6C1I1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) MANIAGO	3.044.797,43	2.669.306,00	5.714.103,43
M6C1I1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) SACILE	3.044.797,43	2.669.306,00	5.714.103,43
TOTALE	12.898.906,42	13.304.812,00	26.203.718,42

Con recente DGR 1035/2023 la Giunta ha ratificato quanto previsto nella DGR 639/2023 e, in particolare:

- ha approvato in via definitiva le schede di intervento aggiornate ai fini della modifica del POR allegato al CIS, cui al precedente punto c);
- ha approvato in via definitiva il POR, che recepisce tutte le modifiche apportate alle schede di intervento;
- ha confermato il rispetto degli obiettivi e delle condizionalità stabilite nel POR.

3.2 PROGETTUALITA' STATALI

Con DGR 442/2023 è stato definito ed approvato il programma di utilizzo del finanziamento di cui DL 124/2019, art 32-sexies, comma 1, convertito, con modificazioni, dalla L 157/2019 "Ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici" per l'intervento di ristrutturazione finalizzato alla realizzazione di una struttura

sanitaria di accoglienza per il superamento degli ospedali psichiatrici nell'ambito del Dsm di Udine, cui viene assegnata la quota pari ad euro 420.234,22.

Con DGR 928/2023 sono stati approvati gli interventi di installazione di impianti per la produzione di ossigeno medicale, di ammodernamento delle linee di trasmissione dell'ossigeno ai reparti e di rafforzamento delle misure di sicurezza per il monitoraggio dell'atmosfera sovra-ossigenata, all'interno del Programma di utilizzo delle risorse assegnate dal bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023 alla Regione Friuli Venezia Giulia, con cui è stata assegnata la quota pari ad euro 103.680,81 all'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Con DGR 552/2023 è stata inoltre approvata una proposta di modifica dell'Accordo di Programma per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 della L. 67/1988, che a seguito di riscontro da parte del Ministero della Salute andrà riformata nel corso dell'anno.

3.3 PROGETTUALITA' REGIONALI

Le risorse attualmente impegnate nel triennio 2023-25 sono le seguenti:

Tipologia	Capitolo	Esercizio 2023	Esercizio 2024	Esercizio 2025	TOTALE
regionali	4398	80.511.100,20	101.190.431,00	100.000.000,00	281.701.531,20
	DGR 1216/2022	14.241.779,14			
	DGR 954/2022	40.000.000,00	51.542.133,25		
	DGR 1044/2022	5.000.000,00			
	DGR 1600/2022	1.269.321,06	748.297,75		
	DGR 723/2022		40.000.000,00		
	DGR 279/2023	7.500.000,00	3.500.000,00		
	DGR 639/2023			12.898.906,42	
	<i>di cui già impegnati/ programmati</i>	68.011.100,20	95.790.431,00	12.898.906,42	176.700.437,62
	disponibili	12.500.000,00	5.400.000,00	87.101.093,58	105.001.093,58
Mutuo CDP	24398	6.483.410,44			6.483.410,44
	<i>di cui già Impegnati DGR 1600/2022</i>	6.483.410,44			6.483.410,44
	disponibili				
Mutuo CDP	10951	12.000.000,00			12.000.000,00
	<i>di cui già impegnati S. Osvaldo LR 26/2020 art. 2 c. 14, 15</i>	12.000.000,00			12.000.000,00
	disponibili				
Mutuo CDP	11951	4.000.000,00			4.000.000,00
	<i>di cui già impegnati 118 Trieste LR 26/2020 art. 9 c. 7, 8</i>	4.000.000,00			4.000.000,00
	disponibili				
Mutuo CDP	74398	24.000.000,00			24.000.000,00
	<i>di cui già impegnati/programmati</i>	24.000.000,00			
	disponibili				24.000.000,00
Totale da programmare		12.500.000,00	5.400.000,00	87.101.093,58	129.001.093,58

Con DGR 279/2023 è stata assegnata una quota pari ad euro 11.000.000 ad ASUFC quale finanziamento straordinario per garantire la prosecuzione delle opere per la realizzazione del III e IV lotto dell'ospedale di Udine, in esito alle criticità correlate all'aumento dei costi.

3.4 ALTRE LINEE DI FINANZIAMENTO DI PARTE CORRENTE PER INVESTIMENTI

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria 118, gli investimenti sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SSSR. Inoltre, per il PACS, la quota parte delle risorse iscritte nel bilancio regionale al capitolo 4354 dà copertura finanziaria alle acquisizioni delle componenti del sistema, per il tramite dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, per le quali prosegue l'estensione per la copertura dei servizi sulla base del programma definito.

3.5 ALTRE DISPOSIZIONI

OBBLIGHI DI ACQUISIZIONI DI PARERE DELLA DCS

Le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 233 del 10 febbraio 2023 "LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2022 - Approvazione in via preliminare" e n. 480 del 17 marzo 2023 "LR 22/2019 - Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023 - Approvazione definitiva" hanno stabilito che la sottoscrizione con soggetti terzi degli impegni diversi da quelli previsti dall'articolo 36, comma 8 della LR 26/2015 riguardanti il patrimonio e soggetta all'acquisizione del parere della DCS.

RICORSO AL MERCATO FINANZIARIO

Ai sensi dell'art. 38 della L.R. 26/2015, è fatto divieto agli enti del SSR di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento finanziario. La contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, nonché l'utilizzo della locazione finanziaria e della finanza di progetto per il finanziamento degli investimenti patrimoniali deve essere sottoposto a specifica autorizzazione della Giunta regionale. Si precisa che la presente Deliberazione non costituisce autorizzazione per eventuali operazioni di indebitamento inserite nei Piani aziendali e non già precedentemente autorizzate ai sensi della sopra citata Legge Regionale.

INTERVENTI DI INVESTIMENTO DI OPERE EDILI IMPIANTISTICHE DI CUI ALL'ARTICOLO 33 DELLA LR N. 26/2015

Gli enti del SSR sono vincolati ad acquisire il parere del Nucleo di valutazione degli investimenti su uno studio di fattibilità prima di procedere alla progettazione di fattibilità tecnica ed economica di opere edili impiantistiche di cui all'articolo 33 comma 2 lett. a) punto 3) della L.R. 26/2015. Sono altresì vincolati a ricorrere all'anticipazione finanziaria prevista dall'articolo 6, commi 28-31 della LR 34/2015 per la copertura delle spese per la predisposizione di progetti di fattibilità tecnica ed economica di opere edili impiantistiche di cui all'articolo 33 della L.R. 26/2015.

4. SINTESI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

Vengono di seguito rappresentate le progettualità presenti nei Piani attuativi aziendali per l'anno 2023.

Come già evidenziato, la rappresentazione data è di tipo schematico. È stata predisposta da ARCS un'apposita tabella riepilogativa nella quale sono stati inseriti gli obiettivi aziendali e i risultati attesi così come definiti dalla progettualità presenti nelle *Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2023*, approvate con d.g.r. n. 480/2023 e a cui formalmente e integralmente si rimanda, e per ciascun ente sono state contrassegnate quelle di rispettiva competenza. L'ultima colonna riporta, a titolo di *pro memoria*, le osservazioni formulate dagli enti in ordine ai diversi obiettivi.

Nella tabella sono inoltre evidenziati, in grassetto:

- obiettivi e/o risultati attesi diversi e/o mancanti rispetto alla programmazione regionale approvata con la d.g.r. n. 480/2023;
- richieste di modifica obiettivo e/o risultato atteso presentate dagli Enti;
- obiettivi aggiuntivi inseriti dagli Enti rispetto alla programmazione regionale.

L'Allegato 5 "Modifica e integrazione di obiettivi assegnati dalla programmazione regionale su proposta degli Enti del Servizio sanitario regionale - anno 2023" espone nel dettaglio le tipologie sopra evidenziate e ne esprime la valutazione.

Le eventuali osservazioni sugli obiettivi fatte pervenire dagli enti in sede di approvazione della programmazione aziendale, qualora non recepiti in questa sede di consolidamento preventivo con specifica approvazione modificativa o integrativa operata nell'Allegato 5, rivestono solo rilevanza aziendale interna ad uso del Direttore generale, eventualmente costituendo elemento aggiuntivo informativo ai fini della valutazione dello stesso, fermi rimanendo ai fini generali, in ogni caso, gli obiettivi posti dai documenti programmatori regionali approvati.

4.1 PROGETTUALITÀ DA LINEE DI GESTIONE SSR

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	a.1. ARCS costituisce, coordina e governa un Gruppo di lavoro composto anche dai direttori sociosanitari delle aziende territoriali (o loro delegati) qualificati per competenza e funzioni di supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzato all'attività di analisi e valutazione tecnico-specialistica, richiesta e approvazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività						gruppo costituito	
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	a.2. ARCS partecipa ai gruppi di lavoro finalizzati allo sviluppo o manutenzione dei sistemi informativi a servizio delle attività e dei flussi dei dati per una migliore definizione e governo delle esigenze funzionali operative specialistiche aziendali e di quelle di governo del sistema regionale sanitario						evidenza partecipazione	
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	a.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesta, documentazione e dati;	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione					ASUFC: Sono stati identificati i referenti aziendali per le diverse linee di lavoro. Le attività sono avviate in coordinamento con ARCS.
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	a.4. ARCS trasmette alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (di seguito indicata con DCSPSD) entro il 30 settembre 2023 un documento formale contenente la richiesta di proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività						documento inviato entro 30.9.2023	
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	b) Avviso dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	b.1. Entro il 31 dicembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali adottano in ambito aziendale il modello organizzativo e gestionale adottato dal sistema regionale	modello adottato entro il 31/12/2023	modello adottato entro il 31/12/2023					ASUFC: Sono stati identificati i referenti aziendali per le diverse linee di lavoro. Le attività sono avviate in coordinamento con ARCS.
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	b) Avviso dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	b.1. Entro il 31 dicembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali attivano l'erogazione dei servizi previsti, tra cui quelli obbligatori stabiliti dalla d.g.r.n. 2042/2022 e dal DM 77, in almeno una Casa della Comunità	servizi erogati entro 31/12/2023	servizi erogati entro 31/12/2023	servizi erogati entro 31/12/2023				

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
A.2.2	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	a) Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) rispetto verifica e correzione devono essere effettuate entro l'attività di assistenza domiciliare rappresentata o dal termine fissato dalle disposizioni vigenti per il rappresentarsi funzionalmente all'adempimento del debito consolidamento dei dati forniti nel flusso informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l'annualità 2022 e 2023.		entro 15.3.2023	entro 15.3.2023	entro 15.3.2023				ASUFC: Al livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità presenti nell'applicativo "cartella distretto" rappresentano un importante vincolo nell'attuazione degli obiettivi sopra riportati.
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	b) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il Gruppo di lavoro composto anche dai direttori interregionali, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica delegati, qualificati per competenza e funzioni delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per la esercitate finalizzato all'attività di analisi e presa in carico con programmazione di prestazioni tecnico-specialistica richiesta assistenza domiciliare e loro gestione informativa, all'elaborazione della proposta tecnico-specialistica primariamente all'interno della cartella territoriale, con di revisione e uniformazione delle procedure, per la definizione di una proposta tecnico-specialistica di loro presa in carico con programmazione di prestazioni revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di assistenza domiciliare e loro gestione informativa, appropriatezza e economicità dell'attività anche con riferimento alla definizione e sviluppo della cartella territoriale;							gruppo coattuito	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	b) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica b.2. ARCS partecipa ai gruppi di lavoro finalizzati delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per lo sviluppo o manutenzione dei sistemi informativi presa in carico con programmazione di prestazioni di servizio delle attività e dei flussi dei dati per una assistenza domiciliare e loro gestione informativa, miglior definizione e governo delle esigenze primariamente all'interno della cartella territoriale, con funzionali operative specialistiche aziendali e di definizione di una proposta tecnico-specialistica di loro quelle di governo del sistema regionale sanitario; revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività							evidenza partecipazione	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	b) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica b.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per la riunioni dei gruppi di lavoro organizzate da ARCS assistenza domiciliare e loro gestione informativa, qualificati per competenza e funzioni esercitate, primariamente all'interno della cartella territoriale, con fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, definizione di una proposta tecnico-specialistica di loro documentazione e dati; revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività							evidenza partecipazione	ASUFC: Sono stati identificati i referenti aziendali per le diverse linee di lavoro. Le attività sono avviate in coordinamento con ARCS.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	b) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per la presa in carico con programmazione di prestazioni di assistenza domiciliare e loro gestione informativa, primariamente all'interno della cartella territoriale, con definizione di una proposta tecnico-specialistica di loro revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività.	b.4. ARCS trasmette alla DCSPSD entro il 30/09/2023 un documento formale contenente la proposta di revisione tecnica delle procedure per la presa in carico con programmazione di prestazioni di assistenza domiciliare e loro gestione informativa edatta nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività.						documento inviato entro 30.09.2023	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	c) Definizione del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni n. 151/CSR del 4/8/2021.	c.1. ARCS trasmette alla DCSPSD entro il 30/04/2023 un documento tecnico contenente la propria proposta di definizione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari						documento inviato entro 30.4.2023	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	d) Aumento del volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare a popolazione Over 65 anni con rispetto dei target di incremento degli obiettivi fissati dal cronoprogramma di attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR per il raggiungimento del target comunitario MC1-6 riferito al sub-investimento MC1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (AD)" (aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il T2-2026)	d.1.1. Le Aziende incrementano il numero degli ultra65enni in carico all'assistenza domiciliare con PAI o PRI sul totale della popolazione ultra 65enne in misura almeno pari a quanto previsto dagli atti nazionali per l'attuazione del PNRR, nel rispetto del relativo cronoprogramma nazionale di attuazione.	evidenza incremento	evidenza incremento	evidenza incremento				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità presenti nell'applicativo "cartella distretto" rappresentano un importante vincolo nell'attuazione degli obiettivi sopra riportati.
A.2.5	Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC): elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo all'interno dell'assistenza territoriale	Elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo delle Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC) all'interno dell'assistenza territoriale con determinazione dei fabbisogni aziendali.	Entro il 15 settembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali fanno pervenire ad ARCS e alla DCSPSD un documento formale di: 1. definizione di un piano attuativo e di implementazione della figura delle IFOC con definizione dei fabbisogni formativi e delle modalità organizzative nell'utilizzo della figura professionale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità); 2. quantificazione del fabbisogno di risorse (in termini orari e di unità FTE) per setting assistenziale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità).	documento inviato entro 15.09.2023	documento inviato entro 15.09.2023	documento inviato entro 15.09.2023				
B	Governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato	Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e degli altri enti del S.S.R. per lo svolgimento delle funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso operativo del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	1. ARCS effettua le attività di coordinamento, monitoraggio e monitoraggio nei confronti degli altri enti del S.S.R. per lo svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi;						evidenza attività	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023
B	Linea progettuale	Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del paziente chirurgico", di cui al coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance dell'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e regionalmente, nel rispetto delle tempistiche e modalità funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso peroperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	2. gli enti svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance dell'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e regionalmente, nel rispetto delle tempistiche e modalità funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso peroperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività		ASUFC: Nel corso del 2023 ASUFC garantisce adeguati livelli di collaborazione con ARCS, funzionali all'attuazione degli obiettivi previsti dalle "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", approvate con l'Accordo Stato-Regioni n.100/CSR del 9 luglio 2020.
B	Linea progettuale	Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del paziente chirurgico", di cui al coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance dell'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e regionalmente, nel rispetto delle tempistiche e modalità funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso peroperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	3. ARCS partecipa ai gruppi di lavoro finalizzati allo sviluppo o manutenzione dei sistemi informativi a cui sono attribuite le attività e dei flussi dei dati per una migliore definizione e governo delle esigenze funzionali del percorso funzionale specialistico aziendale e di peroperatorio del paziente chirurgico e del governo del sistema regionale sanitario.						evidenza partecipazione	
C	Linea progettuale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati dagli Enti del S.S.R. per lo svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi;	1. ARCS effettua le attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio nei confronti degli Enti del S.S.R. per lo svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi;						evidenza attività	
C	Linea progettuale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati dagli Enti del S.S.R. per lo svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi;	2. ARCS organizza e coordina riunioni tenute a cadenza inframensile con la partecipazione necessaria di ARCS e degli enti sanitari regionali interessati per competenza agli argomenti all'ordine del giorno, nonché con l'eventuale partecipazione della DCSPSD;						riunioni inframensili	
C	Linea progettuale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati dagli Enti del S.S.R. per lo svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi;	3. gli enti sanitari regionali svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi di governance regionale;	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività		
C	Linea progettuale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati dagli Enti del S.S.R. per lo svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi;	4. gli enti sanitari regionali partecipano attivamente alle riunioni periodiche organizzate da ARCS per il coordinamento, l'indirizzo e il monitoraggio delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, assicurando la presenza alle riunioni dei Direttori Sanitari o Socio-sanitari, secondo competenza;	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione		

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
C	Azioni di miglioramento delle attività funzionali al monitoraggio e governo regionale	Svolgimento delle attività funzionali al monitoraggio e governo regionale	5. ARCS monitora le attività degli Enti e rende disponibili servizi informativi 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 e loro esiti. I servizi necessari sono implementati in modo progressivo in collaborazione con il Servizio della DCSPSD competente per i servizi informativi e per la gestione di tali servizi per mezzo della controllata INSIEL.						evidenza attività	
D.1	Rete trauma	PDTA frattura del femore da trauma	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma			pdta entro 30.6.2023	ASUFC: L'ASUFC assicura i livelli di collaborazione richiesti.
D.1	Rete oncologica	PDTA tumore del pancreas	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma			partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	ASUFC: L'ASUFC assicura i livelli di collaborazione richiesti.
D.1	Rete oncologica	PDTA tumore gastrico	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma			partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	ASUFC: L'ASUFC assicura i livelli di collaborazione richiesti.
D.1	Rete neonatologica	PDTA "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e servizio trasporto assistito materno (STAM)", di cui al decreto del Direttore dell'Area servizi assistenza ospedaliera n. 1733/SPS del 19/12/2016	Aggiornamento del documento regionale "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) e servizio trasporto assistito materno (STAM)", di cui al decreto del Direttore dell'Area servizi assistenza ospedaliera n. 1733/SPS del 19/12/2016				collaborazione aggiornamento documento entro 30.6.2023		aggiornamento documento entro 30.6.2023	
D.1	Rete medicina specialistica - Malattie neuromuscolari	PDTA Malattie neuromuscolari e sclerosi laterale amiotrofica	Entro il 31/10/2023, aggiornamento del PDTA (DGR 817/2017).	aggiornamento documento entro 31.10.2023					aggiornamento documento entro 31.10.2023	ASUFC: L'ASUFC assicura i livelli di collaborazione richiesti.
D.1	Rete medicina specialistica - Malattie neuromuscolari	PDTA per le persone con sclerosi multipla	Entro il 31/10/2023, aggiornamento del PDTA (DGR 11/2018).						aggiornamento documento entro 31.10.2023	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità	> = 75%	> = 75%	> = 75%	> = 75%	> = 75%	> = 75%	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	note aziendali Preventivo 2023					
				ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Esami I livello Screening Cervice uterina	- 100% degli esami sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'anatomia patologica di Trieste	target 2023 100%	target 2023 100%	target 2023 100%	target 2023	target 2023	ASUFC: Dal 2023 sono transitati al Laboratorio di Trieste sia gli esami di I che II livello dello screening della cervice uterina.
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Esami II livello Screening Cervice uterina	- Le letture degli esami di II livello sono analizzati presso le attuali sedi di competenza fino a transizione del programma ultimata	evidenza attività >= 60%	evidenza attività >= 60%	evidenza attività			ASUFC: Dal 2023 sono transitati al Laboratorio di Trieste sia gli esami di I che II livello dello screening della cervice uterina.
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Adesione allo screening della cervice uterina	- % adesione alla proposta di screening: ≥60% donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	>= 60%	>= 60%	>= 60%			ASUFC: Per quanto attiene al primo punto il dato aziendale di adesione della coorte interessata è del 50,43%. Pare opportuno precisare che la variazione dell'applicativo potrebbe compromettere il monitoraggio periodico della performance.
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Tempi di referazione PAP test primari	- % Pap test primari referati entro 21 giorni dalla data dell'ultimo prelievo > 80%	> 80% entro 21 gg	> 80% entro 21 gg				ASUFC: Il dato per l'anno 2022 supera il target atteso (94,3%). Nota ARCS: A partire dal mese di luglio 2022 la referazione dei PAP test primari è transitata presso il laboratorio unico di Trieste. Pertanto nel 2023 l'obiettivo di referazione dei PAP test primari riguarda esclusivamente ASUGI. Si propone di eliminare la progettualità dalla programmazione di ASUFC in quanto non di pertinenza. Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (categoria B)
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	3. Tempi di referazione PAP test di secondo livello	- % Pap test di secondo livello referati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia >=85%	>= 85% entro 15 gg	>= 85% entro 15 gg				ASUFC: I dati non sono disponibili a livello aziendale. Nota ARCS: Nei primi mesi del 2023, è stata completata la centralizzazione degli esami di II livello dello screening della cervice presso il laboratorio unico di Trieste. Si propone di: - assegnare l'obiettivo di referazione dei Pap test di II livello esclusivamente ad ASUGI (con riferimento al periodo temporale marzo - dicembre 2023) e di eliminare la progettualità dalla programmazione di ASUFC e CRO in quanto non di pertinenza. Si rimanda per ASUGI, ASUFC e CRO all'allegato 3 (categoria B)
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	4. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	- Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dal refero positivo del primo livello in almeno il 90% dei casi.	>= 90% entro 8 settimane	>= 90% entro 8 settimane	>= 90% entro 8 settimane	>= 90% entro 8 settimane	>= 90% entro 8 settimane	ASUFC: I dati non sono disponibili a livello aziendale.
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Inviti non effettuati nel 2022 Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessario per consentire il recupero degli inviti non effettuati nel 2022 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2022	- Al 30.6.2023 il 100% degli inviti non effettuati nel 2022 è recuperato	100% 2022 al 30.6.2023	100% 2022 al 30.6.2023	100% 2022 al 30.6.2023			
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Gestione degli inviti 2023	- Predisposizione da parte delle aziende del calendario bimestrale delle attività di screening coerente con il calendario annuale delle chiamate da effettuare e sua trasmissione ad ARCS	6 calendari	6 calendari	6 calendari			

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Gestione degli inviti 2023	- ARCS predispone report mensile di verifica delle pendenze (donne in attesa di chiamata) e di andamento dell'attività di screening;						9 report mensili	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	Adeguatezza ambientale delle sedi di erogazione del servizio di radiologia di screening mammografica	Esecuzione dei sopralluoghi, in sedi a campione o in quelle nelle quali sono state segnalate criticità, al fine di verificare l'adeguatezza ambientale (verbale di sopralluogo).	collaborazione nei sopralluoghi	collaborazione nei sopralluoghi	collaborazione nei sopralluoghi			evidenza verbale	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 64\%$ (popolazione riferimento donne oblietto 45-74 anni).	$> = 64\%$	$> = 64\%$	$> = 64\%$				ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo.
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimenti mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	- 100% degli esami di approfondimento diagnostico formativi eseguiti dai radiologi formati	100%	100%	100%		100%		ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo.
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	3. Garantire la formazione di un numero di radiologi congruo al fabbisogno delle singole aziende seguendo il percorso formativo identificato a livello regionale	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						entro 30 gg dalla comunicazione da parte di tutte le Aziende del numero di radiologi da formare	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	3. Garantire la formazione di un numero di radiologi congruo al fabbisogno delle singole aziende seguendo il percorso formativo identificato a livello regionale	le aziende interessate attivano il percorso formativo con le tempistiche e secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	evidenza attivazione percorso	evidenza attivazione percorso	evidenza attivazione percorso				ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo.
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- % dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello ≤ 28 gg da esito positivo della mammografia di primo livello $\geq 90\%$	$> = 90\%$ entro 28 gg da 1 livello positivo	$> = 90\%$ entro 28 gg da 1 livello positivo	$> = 90\%$ entro 28 gg da 1 livello positivo		$> = 90\%$ entro 28 gg da 1 livello positivo		ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo.
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- Percentuale dei casi di secondo livello chiusi correttamente $\geq 95\%$	$> = 95\%$	$> = 95\%$	$> = 95\%$		$> = 95\%$		ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo.
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%	$< 10\%$	$< 10\%$	$< 10\%$		$< 10\%$		ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo.
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici referati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agospirato $> = 85\%$	$> = 85\%$ entro 5 gg lavorativi	$> = 85\%$ entro 5 gg lavorativi	$> = 85\%$ entro 5 gg lavorativi		$> = 85\%$ entro 5 gg lavorativi		ASUFC: Si rappresenta la necessità di: - implementare un sistema di monitoraggio dei tempi di referazione; - valutazione sulla sostenibilità e sui tempi di referazione delle attività diverse dallo screening - la definizione di un gruppo di lavoro tecnico per concordare le modalità di calcolo dei tempi e le prestazioni "traccianti".
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening popolazione convocata colon retto	- % adesione alla proposta di screening: $\geq 60\%$ (popolazione riferimento donne e uomini oblietto 30-74 anni).	$> = 60\%$	$> = 60\%$	$> = 60\%$				ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo. La variazione dell'applicativo ad ottobre 2022 ha compromesso il monitoraggio periodico della performance. Il dato è relativo al periodo gennaio-settembre; il dato aziendale di adesione della coorte interessata è del 51,82%

Cap.	Linea progettuale		Obiettivo aziendale		Risultato atteso/ indicatore		ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	2. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio - assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening	% di cartelle endoscopiche complete correttamente: >=95%	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	2. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio - assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening	% di cartelle endoscopiche complete correttamente: >=95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		ASUFC: Il dato per l'anno 2023 supera il target atteso (99,2%).
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	3. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: >=90%	>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo	>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo	>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo	>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo	>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo	>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo		>= 90% entro 30 gg da 1 livello positivo		ASUFC: A livello aziendale le intervenute modifiche dell'applicativo dedicato non assicurano il ritorno del debito formativo. La variazione dell'applicativo ad ottobre 2022 ha compromesso il monitoraggio periodico della performance. Il dato è relativo al periodo gennaio-settembre. Il dato aziendale è del 44,51%
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici referati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia: >=85%	>= 85% entro 5 gg lavorativi	>= 85% entro 5 gg lavorativi	>= 85% entro 5 gg lavorativi	>= 85% entro 5 gg lavorativi	>= 85% entro 5 gg lavorativi	>= 85% entro 5 gg lavorativi		>= 85% entro 5 gg lavorativi		ASUFC: Si rappresenta la necessità di: - implementare un sistema di monitoraggio dei tempi di referazione; - la definizione di un gruppo di lavoro tecnico per concordare le modalità di calcolo dei tempi.
F.1	Indicatori LEA - CORE	P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hb)	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 36 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hb)	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	P03C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	P04C	Copertura vaccinale nei bambini per la 2° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	P05C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	P06C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%		>= 95%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	B7.4 (Bersaglio)	Copertura per vaccino anti-influenzale operatori sanitari	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%	>= 75%		>= 75%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%		ASUFC: dato regionale ASFO: dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%		ASUFC: dato regionale ASFO: dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	40	40	40	40	40	40		40		ASUFC: dato regionale ASFO: dato non disponibile

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>= 60%	>= 60%	>= 60%				
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>= 64%	>= 64%	>= 64%				ASUFC: Variazione dell'applicativo
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>= 60%	>= 60%	>= 60%				ASUFC: Variazione dell'applicativo
F.1	Indicatori LEA - CORE	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	<= 305	<= 305	<= 305				
F.1	Indicatori LEA - CORE	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	<= 81	<= 81	<= 81				
F.1	Indicatori LEA - CORE	D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 17	<= 17	<= 17			<= 17	<p><i>Osservazione ARCS</i></p> <p>Recentemente il Ministero ha modificato il criterio di calcolo dell'indicatore D09Z limitandolo al codice rosso (è stato eliminato il codice giallo), ma non modificando il target previsto (<= 18 minuti superiore a quello assegnato alle aziende sanitarie regionali dalla DGR 480 per l'anno 2023 pari a <= 17 minuti per entrambi i codici).</p> <p>Si chiede se il criterio di calcolo dell'indicatore debba essere adeguato al nuovo criterio o si debba continuare a mantenere entrambi i codici nell'elaborazione (codice giallo + codice rosso). In questo caso si propone in sostituzione l'indicatore Bersaglio C.16.11.</p> <p>Si rimanda per ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS all'allegato 3 (categoria B)</p>
F.1	Indicatori LEA - CORE	D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	<=5652	<=5652	<=5652				
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 5,0	>= 5,0	>= 5,0				ASUFC: Variazione applicativo ASFO: dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 2,5	>= 2,5	>= 2,5				ASUFC: Variazione applicativo ASFO: dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,0	>= 2,0	>= 2,0				ASUFC: Variazione applicativo ASFO: dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	<= 6,0	<= 6,0	<= 6,0				
F.1	Indicatori LEA - CORE	D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>=35%	>=35%	>=35%				ASUFC: Dato da ARCS, periodo: gen-ago 2021= 39,5%
F.1	Indicatori LEA - CORE	D33Z	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	>=65	>=65	>=65				ASFO: dato non disponibile a livello aziendale

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI		ASUFC		ASFO		BURLO		CFO		ARCS		note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	>= 90%	target 2023	>= 90%	target 2023	>= 90%	target 2023	>= 90%	target 2023	>= 90%	target 2023	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C9.1 (Bersaglio)	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	<25	<= 0,00	<25	<= 0,00	<25	<= 0,00	<25	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00		
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.M (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG imedici	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00		ASUFC: Dato da ARCS 2022= 1,39
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.C (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00	<= 0,00		ASUFC: Dato da ARCS 2022= 0,75
F.1	Indicatori LEA - CORE	H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	120,0	>= 90%	120,0	>= 90%	120,0	>= 90%	120,0	>= 90%	120,0	>= 90%	120,0		
F.1	Indicatori LEA - CORE		Prestazioni ambulatoriali per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio	<= 3,4	<= 0,15	<= 3,4	<= 0,15	<= 3,4	<= 0,15	<= 3,4	<= 0,15	<= 3,4	<= 0,15	<= 3,4		
F.1	Indicatori LEA - CORE	H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		
F.1	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	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15	<= 0,15		ASUFC: SMM: 0,16 SD-TO: 0,15 LA-PA: 0,14
F.1	Indicatori LEA - CORE	H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00	>= 80,00		ASUFC: SMM CHIR GEN: 81,5% SMM CU CHIR: 82,3% SD: 67,4% TO: 84,3% LA-PA: 85,4%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C4.4 (Bersaglio)	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%	>= 55%		ASUFC: SMM CHIR GEN: 64,3% SMM CU CHIR: 77,8% SD: 58,1% TO: 76,9% LA-PA: 65,4%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C13A.2.2.1 (Bersaglio)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%	<= 25,00%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (HUB)	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%	>= 65%		ASUFC: SMM : 22,1%
F.1	Indicatori LEA - CORE	H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (SPOKE)	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%		ASUFC: SD: 83,0% TO: 85,9% LA-PA: 39,5%
F.1	Indicatori LEA - CORE	C5.2 (Bersaglio)	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67	>= 67		
F.1	Indicatori LEA - CORE	H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%	<= 15%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	H18C	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%	<= 25%		
F.1	Indicatori LEA - CORE	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		>= 90%
F.1	Indicatori LEA - CORE	D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		>= 90%

Cap.	Linea progettuale		Obiettivo aziendale		Risultato atteso/ indicatore		ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
	Indicatori LEA - CORE	area	area	area	area	area	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.7 (Bersaglio)	Tumore alla Mammella Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Latisana - CHIRURGIA (82,46% su 57 casi) San Daniele - CHIRURGIA (61,45% su 83 casi) Tolmezzo - CHIRURGIA (46,03% su 63 casi) Udine - CH SENOLOGICA (38,53% su 366 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.8 (Bersaglio)	Tumore alla Prostata Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Tolmezzo - CH-UIROLOGIA (66,67% su 3 casi) Udine - UIROLOGIA (55,56% su 18 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.9 (Bersaglio)	Tumore al Colon Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Latisana - CHIRURGIA (94,74% su 38 casi) San Daniele - CHIRURGIA (66,67% su 15 casi) Tolmezzo - CHIRURGIA (100% su 17 casi) Udine - CH CLINICA (70,97% su 31 casi) Udine - CH GENERALE (66,67% su 57 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.10 (Bersaglio)	Tumore al Retto Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Latisana - CHIRURGIA (68,75% su 16 casi) San Daniele - CHIRURGIA (50% su 4 casi) Tolmezzo - CHIRURGIA (75% su 8 casi) Udine - CH CLINICA (28,57% su 14 casi) Udine - CH GENERALE (25% su 16 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.11 (Bersaglio)	Tumore al Polmone Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Udine - CHIRURGIA TORACICA (66,67% su 96 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.12 (Bersaglio)	Tumore all'utero Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Latisana - GINECOLOGIA (100% su 10 casi) San Daniele - CHIRURGIA (0% su 1 caso) Tolmezzo - GINECOLOGIA (100% su 3 casi) Udine - GINECOLOGIA CU (46,39% su 97 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.13 (Bersaglio)	Melanoma Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Latisana - CHIRURGIA (100% su 2 casi) San Daniele - CHIRURGIA (0% su 1 caso) Tolmezzo - CHIRURGIA (88,89% su 9 casi) Tolmezzo - ORL (60% su 5 casi) Udine - CH PLASTICA (33,33% su 27 casi) Udine - CH SENOLOGICA (37,50% su 16 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		C10.4.14 (Bersaglio)	Tumore maligno alla Tiroidide Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%		ASUFC: Latisana - ORL (50% su 2 casi) Tolmezzo - ORL (38,46% su 13 casi) Udine - ORL (6,52% su 36 casi)
F.1	Indicatori LEA - CORE		PDTA Emergenze cardiologiche	Percentuale di visite di follow-up a 1 mese dalla dimissione	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%		
F.2.1	Indicatori perinatale	area	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operative INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 - percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore inferiore o uguale a 19% nell'anno 2021, il target 2023 è il mantenimento o la riduzione del valore 2021;	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)		ASUFC: La variazione dei criteri di calcolo rispetto al 2022 determina una performance negativa.
F.2.1	Indicatori perinatale	area	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operative INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 - percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore maggiore a 19% nell'anno 2021 il target 2022 è di <= 19%	<= 19%	<= 19%	<= 19%	<= 19%	<= 19%	<= 19%	<= 19%		ASUFC: La variazione dei criteri di calcolo rispetto al 2022 determina una performance negativa.

Cap.	Linea progettuale		Obiettivo aziendale		Risultato atteso/ indicatore		ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
	Indicatori perinatale	area	Indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
F.2.1	Indicatori perinatale	area	Riduzione della percentuale di parti operative sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Riduzione della percentuale di parti operative sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Riduzione della percentuale di parti operative sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	per i punti nascita SPOKE <=7%;	<= 7%	<= 7%	<= 7%				
F.2.1	Indicatori perinatale	area	Riduzione della percentuale di parti operative sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Riduzione della percentuale di parti operative sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Riduzione della percentuale di parti operative sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operative (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS) <=7,5%	<= 7,5%	<= 7,5%	<= 7,5%				
F2.2	Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la prevenzione sanitaria collettiva e sanità pubblica		Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento per la Prevenzione sanitaria aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento per la Prevenzione sanitaria aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento per la Prevenzione sanitaria aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica >= 5 per cento del Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE	>= 5%	>= 5%	>= 5%				ASUFC: Il valore aziendale relativo all'anno 2022 è pari a 3,1%.
G	Tempi di attesa		Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B;	>= 90%	>= 90%	>= 90%				ASUFC: Nel corso del 2023 non si prevedono incrementi dei volumi né delle prestazioni ambulatoriali né degli interventi oggetto di monitoraggio, stante le criticità strutturali degli organici aziendali, solo parzialmente attute lo scorso anno dalle risorse aggiuntive rese disponibili dalla DGR 365/2022 per il pubblico e il privato accreditato.
G	Tempi di attesa		Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità D;	>= 90%	>= 90%	>= 90%				ASUFC: Nel corso del 2023 non si prevedono incrementi dei volumi né delle prestazioni ambulatoriali né degli interventi oggetto di monitoraggio, stante le criticità strutturali degli organici aziendali, solo parzialmente attute lo scorso anno dalle risorse aggiuntive rese disponibili dalla DGR 365/2022 per il pubblico e il privato accreditato.
G	Tempi di attesa		Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità P.	>= 90%	>= 90%	>= 90%				ASUFC: Nel corso del 2023 non si prevedono incrementi dei volumi né delle prestazioni ambulatoriali né degli interventi oggetto di monitoraggio, stante le criticità strutturali degli organici aziendali, solo parzialmente attute lo scorso anno dalle risorse aggiuntive rese disponibili dalla DGR 365/2022 per il pubblico e il privato accreditato.
G	Tempi di attesa		Garanzia erogativa interventi chirurgici	Garanzia erogativa interventi chirurgici	Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A	>= 90%	>= 90%	>= 90%				ASUFC: Nel corso del 2023 non si prevedono incrementi dei volumi né delle prestazioni ambulatoriali né degli interventi oggetto di monitoraggio, stante le criticità strutturali degli organici aziendali, solo parzialmente attute lo scorso anno dalle risorse aggiuntive rese disponibili dalla DGR 365/2022 per il pubblico e il privato accreditato.
G	Tempi di attesa		Programmi attuativi aziendali	Programmi attuativi aziendali	Programmi attuativi aziendali	In ottemperanza alla DGR 1815/2019 il "Programma attuativo aziendale dei tempi di attesa per l'anno 2023" dovrà essere allegato al Piano attuativo aziendale e pubblicato sui siti web aziendali. Esso deve tra l'altro contenere le azioni previste per la tutela del diritto di garanzia o avere un rimando alle procedure specifiche, che in quel caso devono essere consultabili.	documento allegato a Piano attuativo 2023	documento allegato a Piano attuativo 2023	documento allegato a Piano attuativo 2023	documento allegato a Piano attuativo 2023	documento allegato a Piano attuativo 2023		

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
G	Tempi di attesa	Relazione TDA	Le Aziende presentano entro il 31/1/2023 ad Arcs una relazione illustrativa sull'andamento dei tempi di attesa. I contenuti dovranno trattare gli argomenti previsti dall'art. 15 della LR 7/2009.	relazione inviata entro 31.01.2023	relazione inviata entro 31.01.2023	relazione inviata entro 31.01.2023	relazione inviata entro 31.01.2023	relazione inviata entro 31.01.2023		ASUFC: La relazione sull'andamento dei tempi di attesa è stata trasmessa ad ARCS con nota prot. 15252 del 31/1/2023.
H	Riordino IRCCS	Adeguamento dell'atto aziendale alle nuove disposizioni legislative, e in particolare a quanto previsto dall'art. 3, comma 1; dall'art. 5, comma 1; dall'art. 10, comma 2, primo capoverso, del d.lgs. n. 200/2022	Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute di una proposta di atto aziendale aggiornato nel rispetto di quanto disposto dal d.lgs.n. 200/2022				proposta trasmessa entro 31.03.2023	proposta trasmessa entro 31.03.2023		
H	Riordino IRCCS	Definizione del numero di posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria, nell'ambito dei posti della dotazione organica del personale, ai sensi del secondo capoverso dell'art. 10, comma 2, del d.lgs. n. 200/2022	Comunicazione del numero di posti destinati alle attività di ricerca per l'inquadramento a tempo indeterminato del personale della ricerca sanitaria ai competenti uffici del Ministero della salute e della DCSPSD entro il 30 aprile 2023				comunicazione trasmessa entro 30.04.2023	comunicazione trasmessa entro 30.04.2023		
H	Riordino IRCCS	Comunicazione dell'afferenza a una o più aree tematiche di cui all'allegato 1 al d.lgs. n. 200/2022, sulla base della specializzazione disciplinare oggetto del riconoscimento tematico scientifico dell'IRCCS, ai sensi dell'art. 1, comma 2 del predetto decreto legislativo	Comunicazione dell'afferenza all'area o alle aree tematiche di cui all'allegato 1 al d.lgs. n. 200/2022, sulla base della specializzazione disciplinare oggetto del riconoscimento tematico scientifico dell'IRCCS, ai sensi dell'art. 1, comma 2 del predetto decreto legislativo				comunicazione trasmessa entro 31.03.2023	comunicazione trasmessa entro 31.03.2023		
H	Riordino IRCCS	Invio al Ministero della salute della programmazione dell'attività di ricerca e della relativa rendicontazione, del bilancio d'esercizio annuale del bilancio sezionale della ricerca economica, delle eventuali modifiche alla persona giuridica, nonché delle revisioni alla dotazione organica o della titolarità dell'accreditamento sanitario, ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 200/2022	Trasmissione ai competenti uffici del Ministero della salute, nei termini richiesti dalla normativa vigente, dei documenti richiesti dall'art. 9 del d.lgs. n. 200/2022				evidenza trasmissioni	evidenza trasmissioni		
1.1.3	Realizzazione delle attività del Programma del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi definiti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	report entro 30.6.2023	report entro 30.6.2023	report entro 30.6.2023	report entro 30.6.2023	report entro 30.6.2023		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3	Realizzazione delle attività del Programma del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi definiti e liberi del Piano regionale della prevenzione	entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023	report entro 31.12.2023	report entro 31.12.2023	report entro 31.12.2023	report entro 31.12.2023	report entro 31.12.2023		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: proposta di modifica entro il 31.1.2024 report ad ARCS Si rimanda per ASFO all'allegato 3 (Categoria B)
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'Approccio globale alla salute; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	almeno il 10% degli istituti scolastici del territorio aderiscono alla rete di SPS entro il 2023. <i>(Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'angofa MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)</i>	> = 10%	> = 10%	> = 10%	> = 10%	> = 10%		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder.	almeno il 50% delle scuole aderenti alla rete regionale di pratiche raccomandate	> = 50%	> = 50%	> = 50%	> = 50%	> = 50%		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023	
										target 2023	target 2023
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Aggiornare il documento regionale di buone pratiche rivolto alle scuole	- attivazione di un sistema di monitoraggio delle scuole che aderiscono alla rete e che attuano pratiche raccomandate dalle aziende sanitarie	sistema attivato	sistema attivato	sistema attivato					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Aggiornare il documento regionale di buone pratiche rivolto alle scuole	- aggiornamento del documento di pratiche raccomandate	documento aggiornato da ciascuna azienda sulla base delle proprie specifiche	documento aggiornato da ciascuna azienda sulla base delle proprie specifiche	documento aggiornato da ciascuna azienda sulla base delle proprie specifiche					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Realizzare una mappatura dei pedibus attivi nel territorio	- realizzata la mappatura dei pedibus attivi	mappatura realizzata	mappatura realizzata	mappatura realizzata					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Produzione e diffusione negli istituti del materiale informativo sui servizi offerti dai consulenti	- presenza di materiale e sua diffusione nelle scuole	materiale presente e diffuso	materiale presente e diffuso	materiale presente e diffuso					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- presenza della mappa degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole	mappa realizzata	mappa realizzata	mappa realizzata					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- attivo in ogni azienda un gruppo di lavoro	gruppo di lavoro attivo	gruppo di lavoro attivo	gruppo di lavoro attivo					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- realizzato almeno un incontro con i professionisti	> = 1 incontro	> = 1 incontro	> = 1 incontro					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Affidato a ASUGI: Realizzare offerta formativa per operatori sanitari e sociosanitari, docenti e altri stakeholders sul modello di scuole regionale che promuovono salute	Realizzato 1 percorso formativo di carattere regionale	1 percorso realizzato	1 percorso realizzato	1 percorso realizzato					
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Affidato ad ASFO: Realizzare offerta formativa per operatori sanitari e sociosanitari, docenti e altri stakeholders sui programmi del documento regionale di pratiche raccomandate.	Realizzato 1 percorso formativo di carattere regionale	1 percorso realizzato	1 percorso realizzato	1 percorso realizzato					
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Affidato ad ASUFC: Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	Realizzati almeno 2 strumenti uno sull'approccio e uno sui risultati raggiunti	> = 2 strumenti realizzati	> = 2 strumenti realizzati	> = 2 strumenti realizzati					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Affidato ad ASUFC Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	Realizzata 1 iniziativa di comunicazione diffusione dei risultati		1 iniziativa comunicazione realizzata					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo MMG e PLS ed altri stakeholder	>= 1 percorso formativo regionale comune	>= 1 percorso formativo regionale comune					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione sul promuovere stili di vita sani	>= 1 intervento comunicazione / informazione	>= 1 intervento comunicazione / informazione					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità. Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	Almeno il 20% dei Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo	>= 20%	>= 20%					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità. Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	Attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)(N. totale ASL) *100	>= 1 programma esercizio fisico	>= 1 programma esercizio fisico					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione. Presentazione delle linee di attività del ppo ai diversi stakeholder e MMG anche in occasione delle riunioni distrettuali aziendali	Numero di incontri con MMG realizzati in cui sono state descritte le attività del programma per promuovere movimento	evidenza n. incontri realizzati	evidenza n. incontri realizzati					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Realizzare corsi di walking leader (con obiettivi formativi già condivisi nel 2022). Tutte le attività saranno pubblicizzate sul sito regionale invecchiamento attivo FVG.it	Almeno un corso per walking leader per azienda sanitaria realizzato e pubblicizzato sul sito invecchiamento attivo fvg	>= 1 corso	>= 1 corso					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro Promozione alla Salute/HPH, medici competenti e RSPSP aziende ed enti sanitari	>= 2 incontri	>= 2 incontri					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Evento formativo per formazione medici competenti su counseling breve	1 evento formativo	1 evento formativo					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

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

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
				>= 1 intervento comunicazione / informazione	>= 1 intervento comunicazione / informazione	>= 1 intervento comunicazione / informazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				materiali disponibili	materiali disponibili	materiali disponibili				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				materiali disponibili e distribuiti	materiali disponibili e distribuiti	materiali disponibili e distribuiti				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				materiale proposto alle scuole	materiale proposto alle scuole	materiale proposto alle scuole				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				materiale predisposto e divulgato	materiale predisposto e divulgato	materiale predisposto e divulgato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				evidenza collaborazione	evidenza collaborazione	evidenza collaborazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
				evidenza collaborazione e implementazione dati	evidenza collaborazione e implementazione dati	evidenza collaborazione e implementazione dati				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	Entro il 31 dicembre 2023 Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione alla popolazione generale e ai caregiver, anche attraverso i portali ed i social della Regione, delle Aziende Sanitarie e dei Comuni della Regione, anche in collaborazione con stakeholder e associazioni di volontariato	>= 1 intervento comunicazione / informazione	>= 1 intervento comunicazione / informazione	>= 1 intervento comunicazione / informazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per collaborare alla predisposizione/ aggiornamento di materiale informativo	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità	materiali disponibili	materiali disponibili	materiali disponibili				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 counselling e distribuzione materiale informativo in occasione dei corsi di preparazione al parto, inserimento al nido, vaccinazioni, bilancio di salute pediatrica	materiali disponibili e distribuiti	materiali disponibili e distribuiti	materiali disponibili e distribuiti				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza	Entro il 31 dicembre 2023 Coordinamento con i referenti del PP1 "Scuole che promuovono salute" Ideazione/aggiornamento di materiale informativo relativo alle tematiche sicurezza stradale e domestica da proporre alle scuole	materiale proposto alle scuole	materiale proposto alle scuole	materiale proposto alle scuole				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Aumentare l'autonomia personale nell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e il corretto utilizzo dei farmaci	Entro il 31 dicembre 2023 Coordinamento con i referenti del PP2 "Comunità Attive" collaborare alla predisposizione di materiale informativo e divulgazione alla popolazione di tutte le età ed al target anziano ed ai caregiver, con l'obiettivo di sensibilizzare all'importanza dell'attività fisica e al corretto uso dei farmaci per la prevenzione dei rischi domestici, nonché alle tematiche della sicurezza stradale e guida sicura, anche in collaborazione con gli stakeholder	materiale predisposto e divulgato	materiale predisposto e divulgato	materiale predisposto e divulgato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Estendere/implementare politiche per promuovere la mobilità sostenibile	Entro il 31 dicembre 2023 collaborazione con i referenti del PP9 "Ambiente, Clima e salute", per analisi del contesto, identificazione delle azioni specifiche da implementare a sostegno dell'Urban Health	evidenza collaborazione	evidenza collaborazione	evidenza collaborazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Migliorare dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale	Entro il 31 dicembre 2023 Collaborazione con il centro regionale della sicurezza stradale (MTRIS) per implementazione dei dati degli incidenti con dati di esito e produzione di reportistica. La produzione della reportistica è subordinata al parere degli Uffici preposti rispetto alla liceità dell'utilizzo dei dati degli incidenti stradali e di quelli sanitari	evidenza collaborazione e implementazione dati	evidenza collaborazione e implementazione dati	evidenza collaborazione e implementazione dati				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023	
										target 2023	target 2023
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione	5% aziende vigilate o assistite	5% aziende vigilate o assistite	5% aziende vigilate o assistite					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- Edilizia: attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2021	12% cantieri notificati anno 2022 (o in caso di variazioni significative almeno n. cantieri vigilati nel 2021)	12% cantieri notificati anno 2022 (o in caso di variazioni significative almeno n. cantieri vigilati nel 2021)	12% cantieri notificati anno 2022 (o in caso di variazioni significative almeno n. cantieri vigilati nel 2021)					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- Agricoltura vigilare 128 aziende agricole a livello regionale	128 aziende agricole in Regione	128 aziende agricole in Regione	128 aziende agricole in Regione					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: 43 per ASFO
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini esposti all'amianto ai fini previdenziali	evidenza collaborazione	evidenza collaborazione	evidenza collaborazione					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio cancerogeno	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro "Rischio cancerogeno"	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio cancerogeno	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione sul rischio cancerogeno da silice in edilizia coordinato da ASUGI	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Rischio stress lavoro correlato (SLC)	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da ASFO	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento	1 evento formativo regionale organizzato					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Rischio ergonomico Strutture PSAL	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da ASFO	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento	1 evento formativo regionale organizzato					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro CRUA/PSAL per sorveglianza sanitaria bonificatori amianto.	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: sorveglianza sanitaria in edilizia con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da CRUA	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento a addetti bonifica amianto e installatori/manutentori su coperture	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro edilizia	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento a addetti bonifica amianto e installatori/manutentori su coperture	- Organizzazione evento formativo su base territoriale per figure aziendali prevenzione sulle buone pratiche condivise per l'accesso alle coperture per interventi manutentivi/installazioni/bonifiche coordinato da ASUFC	evidenza partecipazione evento	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI		ASUFC		ASFO		BURLO		CRO		ARCS		note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	> = 3 incontri	target 2023	> = 3 incontri	target 2023	> = 3 incontri	target 2023	> = 3 incontri	target 2023	> = 3 incontri	target 2023	> = 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in agricoltura: sorveglianza sanitaria degli addetti all'agricoltura	Almeno 3 incontri gruppo di lavoro agricoltura	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri	> = 3 incontri							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in agricoltura: sorveglianza sanitaria degli addetti all'agricoltura	- Organizzazione eventi formativi su base territoriale per figure aziendali della prevenzione sulle buone pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria degli operatori agricoli, con particolare riferimento allo stress termico coordinato da ASUFC	evidenza partecipazione evento	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 1) Prevenzione degli infortuni da macchine non conformi ai requisiti di sicurezza nel settore metalmeccanico	1) - redazione documento di buone pratiche condivise per la prevenzione degli infortuni legati alle macchine non conformi nel settore della metalmeccanica;	documento redatto	documento redatto	documento redatto	documento redatto	documento redatto	documento redatto							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 1) Prevenzione degli infortuni da macchine non conformi ai requisiti di sicurezza nel settore metalmeccanico	1) - organizzazione evento formativo territoriale per le figure del Servizio di Prevenzione dei comparti individuati coordinato da ASUGI;	1 evento formativo regionale organizzato	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 2) Requisiti essenziali per l'uso in sicurezza dei carrelli elevatori	2) - organizzazione evento formativo territoriale per le figure del Servizio di Prevenzione dei comparti individuati sulle buone pratiche condivise per la prevenzione degli infortuni dovuti a carrelli elevatori carenti di RES, coordinato da ASUGI	1 evento formativo regionale organizzato	1 evento formativo regionale organizzato	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento	evidenza partecipazione evento							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali salvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	Entro il 30.3.2023 report ad ARCS con individuazione dei partecipanti a gruppi di lavoro tematici interaziendali specifici per l'implementazione delle azioni previste dal Programma e dell'eventuale ruolo di coordinamento di tali gruppi o di riferimento tematico secondo un modello organizzativo di integrazione condiviso e adottato dalla DCS con i Diretori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie.	report entro 30.3.2023	report entro 30.3.2023	report entro 30.3.2023	report entro 30.3.2023	report entro 30.3.2023	report entro 30.3.2023							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Con nota prot. n. 48520 del 30/3/23 è stato trasmesso il report con l'individuazione dei partecipanti a gruppi di lavoro tematici interaziendali specifici per l'implementazione delle azioni previste dal Programma.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
1.1.3.7	Programma Ambiente, clima e salute	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per l'implementazione del Programma	report entro 30.6.2023	report entro 30.6.2023	report entro 30.6.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.7	Programma Ambiente, clima e salute	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	entrambi i report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti per l'anno 2023.	report entro 31.12.2023	report entro 31.12.2023	report entro 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.7	Programma Ambiente, clima e salute	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergismi/integrazioni con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di CLP, prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.)	Almeno 4 controlli per ciascun ispettore REACH-CLP	>= 4 controlli per ispettore	>= 4 controlli per ispettore	>= 4 controlli per ispettore				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.7	Programma Ambiente, clima e salute	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di controllo/formazione/informazione REACH e CLP prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Recepimento del concetto di operatore equivalente ad attività di controllo/formazione/informazione REACH e CLP quantificandone il valore numerico.	evidenza recepimento	evidenza recepimento	evidenza recepimento				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.7	Programma Ambiente, clima e salute	Sorveglianza acque potabili - Rendicontazione alla DCS dei dati relativi al controllo delle acque potabili nel triennio 2020-2022 secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute.	Fornire alla DCS i dati richiesti secondo le indicazioni e le tempistiche che saranno trasmesse dal Ministero della Salute.	dati trasmessi alla DCS	dati trasmessi alla DCS	dati trasmessi alla DCS				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE), mantenimento funzionalità sistema informativo	Mantenimento della funzionalità (Vet)	evidenza mantenimento funzionalità	evidenza mantenimento funzionalità	evidenza mantenimento funzionalità				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Contributo oggettivo (attivazione gruppo di lavoro, riunioni, ecc) nella applicazione di un protocollo regionale di indagine in allevamenti con casi di isolamento di batteri zoonotici o commensali resistenti ai carbapenemi, (Urn-Vet)	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informativi messi a disposizione dal Ministero	Applicare quanto indicato nelle note del MS e Regione rispetto al sistema Classfarm (Vet)	evidenza applicazione note	evidenza applicazione note	evidenza applicazione note				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Nel corso dei controlli ufficiali, le ASL verificano che gli allevatori dimostrino conoscenza delle LG - uso appropriato di antibiotici per la linea zootecnica specifica (se pubblicata) (Vet)	nel 100% dei controlli ufficiali l'Azienda sanitaria verifica la conoscenza degli allevatori delle LG	nel 100% dei controlli ufficiali l'Azienda sanitaria verifica la conoscenza degli allevatori delle LG	nel 100% dei controlli ufficiali l'Azienda sanitaria verifica la conoscenza degli allevatori delle LG				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Per i veterinari delle ASL partecipano alle iniziative promosse dagli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito regionale, indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (Vet)	evidenza partecipazione iniziative regionali	evidenza partecipazione iniziative regionali	evidenza partecipazione iniziative regionali				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	L'ASL inserisce negli obiettivi formativi almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA (Um-Vet)	>= 1 corso formazione annuo	>= 1 corso formazione annuo	>= 1 corso formazione annuo				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Mantenimento della sorveglianza dell'AMR - Le Aziende trasmettono i dati di resistenza secondo il protocollo della sorveglianza AR-ISS, aggiornato dalla Circolare MDS del 23/03/2022. (Um)	evidenza mantenimento sorveglianza	evidenza mantenimento sorveglianza	evidenza mantenimento sorveglianza				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Attivazione/mantenimento della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private	Verifica dell'attivazione della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile) (Um)	sonveglianza attivata	sonveglianza attivata	sonveglianza attivata				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Partecipazione delle Aziende regionali a: 1) Point Prevalence Survey (ECCD-PPS); indagine di prevalenza sulle ICA e sull'esposizione agli antibiotici 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico - nuovo protocollo 3) HALT, indagine di prevalenza delle ICA nelle strutture residenziali (attivabile solo su coordinamento nazionale) (Um)	partecipazione >= 3 sorveglianze	partecipazione >= 3 sorveglianze	partecipazione >= 3 sorveglianze	partecipazione >= 3 sorveglianze	partecipazione >= 3 sorveglianze	partecipazione >= 3 sorveglianze	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2022 (Um)	report inviato a DCS	report inviato a DCS	report inviato a DCS	report inviato a DCS	report inviato a DCS	report inviato a DCS	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Diffusione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e attività di promozione di prodotti del consumo di prodotti idroalcolici come da indicazioni ministeriali - Protocollo CSIA (Um)	Le Aziende sanitarie partecipano al monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche come da indicazioni ministeriali - Protocollo CSIA (Um)	partecipazione al monitoraggio	partecipazione al monitoraggio	partecipazione al monitoraggio	partecipazione al monitoraggio	partecipazione al monitoraggio	partecipazione al monitoraggio	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Nuova edizione linee guida regionali sostenibilità	- Partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione a livello regionale della nuova edizione del documento di indirizzo	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Realizzazione di un sistema di monitoraggio degli interventi e effettuati da SAN a supporto della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva	- Partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione a livello regionale del nuovo sistema di monitoraggio dell'attività dell'area nutrizione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione operatori percorsi nascita in accordo con il PL 14: "Investire in salute nei primi 1000 giorni"	Supporto ai percorsi previsti per il personale sanitario aziendale sui contenuti di competenza	evidenza supporto ai percorsi	evidenza supporto ai percorsi	evidenza supporto ai percorsi	evidenza supporto ai percorsi	evidenza supporto ai percorsi	evidenza supporto ai percorsi	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Promuovere la diffusione di conoscenze e competenza nelle attività di promozione di corretti stili alimentari sul "counseling motivazionale breve" nei setting opportunistici	- Partecipazione degli operatori coinvolti nel programma (medici, dietisti, biologi, assistenti) regionale sul counseling motivazionale breve nei setting opportunistici in sinergia con gli altri PP e PL	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Diffusione e applicazione delle linee guida per la resternalizzazione del servizio di ristorazione collettiva e supporto agli enti pubblici per la redazione dei capitoli d'appalto	Supporto agli enti pubblici per la redazione dei capitoli d'appalto che ne fanno richiesta	evidenza supporto agli enti	evidenza supporto agli enti	evidenza supporto agli enti	evidenza supporto agli enti	evidenza supporto agli enti	evidenza supporto agli enti	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Rilavazione presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita nella ristorazione collettiva	- Verifica in oltre il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	verifica >= 70% sui controlli	verifica >= 70% sui controlli	verifica >= 70% sui controlli	verifica >= 70% sui controlli	verifica >= 70% sui controlli	verifica >= 70% sui controlli	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Produzione materiale formativo/informativo per la commissione mensa, insegnanti, genitori, ditte. Enti che afferiscono alla ristorazione scolastica	la pubblicazione del materiale formativo/informativo a livello regionale con altri stakeholder (Scuola, amministrazioni, OSA)	materiale pubblicato	materiale pubblicato	materiale pubblicato	materiale pubblicato	materiale pubblicato	materiale pubblicato	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Formazioni operatori "Alimenta la tua salute al lavoro e a casa"	- Realizzazione di 1 evento ECM rivolta agli operatori sanitari in ASUFC	1 evento ECM	1 evento ECM	1 evento ECM	1 evento ECM	1 evento ECM	1 evento ECM	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Offerta di counseling nutrizionale per le donne in età preconcezionale e in gravidanza o per altri target	- Avviare l'offerta sul gruppo target in ASUFC	offerta avviata	offerta avviata	offerta avviata	offerta avviata	offerta avviata	offerta avviata	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità	Attivare un gruppo di coordinamento regionale per il raccordo con il TASN	Programmazione e attuazione delle iniziative raccolte agli obiettivi individuati a livello centrale	evidenza iniziative attuate	evidenza iniziative attuate	evidenza iniziative attuate	evidenza iniziative attuate	evidenza iniziative attuate	evidenza iniziative attuate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità PL12	Formazione per gli operatori del controllo ufficiale	- Creazione e proposta dell'evento/set formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità PL12	Formazione per gli OSA	- Creazione e proposta dell'evento/set formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità PL12	Publicazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare	- Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	documento pubblicato	documento pubblicato	documento pubblicato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.9	Programma Alimentazione salute e sostenibilità PL12	Supporto al sistema socio sanitario e del terzo settore per il contrasto alla povertà alimentare	- Evidenza dell'attività a supporto degli stakeholder	evidenza attività di supporto	evidenza attività di supporto	evidenza attività di supporto				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.10	Programma Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica PL13	Migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche	Avvio progetto di prescrizione dell'attività fisica in almeno 1 centro regionale secondo il protocollo regionale di prescrizione dell'attività fisica.	progetto avviato in almeno 1 centro regionale	progetto avviato in almeno 1 centro regionale	progetto avviato in almeno 1 centro regionale				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.10	Programma Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica PL13	Migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche	Aumentare la % di soggetti che ricevono la raccomandazione di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; - almeno 40% dei pazienti sovrappeso (attualmente 35%) (dati da report regionale)	> = 40% pazienti sovrappeso	> = 40% pazienti sovrappeso	> = 40% pazienti sovrappeso				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.10	Programma Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica PL13	Migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche	Aumentare la % di soggetti che ricevono la raccomandazione di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; - almeno 58% dei pazienti obesi (attualmente 54% circa) (dati da report regionale)	> = 58% pazienti obesi	> = 58% pazienti obesi	> = 58% pazienti obesi				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.10	Programma Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica PL13	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età precoce del paziente con malattia CV manifesta e media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche	Avvio del progetto di screening CV dei lavoratori in almeno 1 azienda sanitaria. Il progetto parte dal calcolo del rischio CV per una presa in carico del paziente con malattia CV manifesta e ottimizzazione della terapia al fine di prevenire gli eventi CV. Obiettivo il calcolo del rischio CV secondo linee guida europee di almeno 50% dei lavoratori visitati nelle Medicine del Lavoro delle aziende Sanitarie	evidenza avvio progetto screening CV	evidenza avvio progetto screening CV	evidenza avvio progetto screening CV				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma Investire in salute nei primi 1000 giorni PL14	Aumentare l'adesione al bilancio di salute pre-concezionale	Vedi linea 4.3 Percorso nascita	si rimanda a linea 4.3	si rimanda a linea 4.3	si rimanda a linea 4.3				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma Investire in salute nei primi 1000 giorni PL14	SISTEMA NAZIONALE DI SORVEGLIANZA 0-2	Per IRCCS Burlo Garofolo: - Predisposizione di un report di monitoraggio sui dati raccolti e disseminazione dei risultati				report trasmesso alla DCS			
1.1.3.11	Programma Investire in salute nei primi 1000 giorni PL14	SISTEMA NAZIONALE DI SORVEGLIANZA 0-2	Per IRCCS Burlo Garofolo: - Incontro con gli operatori coinvolti per la diffusione dei risultati e l'individuazione di eventuali aree di miglioramento				incontro realizzato			

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgere nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023.	Invio programma formativo triennale alla DCS	programma formativo inviato alla DCS >= 1 evento	programma formativo inviato alla DCS >= 1 evento	programma formativo inviato alla DCS >= 1 evento	collaborazione con ASUGI nel programma formativo			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgere nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023.	Almeno un evento svolto nel corso del 2023 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	>= 1 evento	>= 1 evento	>= 1 evento	collaborazione con ASUGI nell'evento			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	Mantenimento della formazione sull'allattamento con metodologia BPL nel 80% degli operatori dedicati (report dei referenti aziendali alla DCS)	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	Almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento	>= 1 corso formazione	>= 1 corso formazione	>= 1 corso formazione	collaborazione con ASUGI nel corso			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	Le Aziende mantengono l'attività di registrazione protezione e dei dati alla dimissione dal Punto nascita e alla rilevazione	evidenza registrazione dei dati	evidenza registrazione dei dati	evidenza registrazione dei dati	evidenza registrazione dei dati			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	SOSTEGNO COMPETENZE GENITORIALI E SVILUPPO DEL BAMBINO Le Aziende definiscono un percorso postnatale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino	Report alla DCS sulle iniziative aziendali intraprese	report trasmesso alla DCS	report trasmesso alla DCS	report trasmesso alla DCS	collaborazione con ASUGI nel percorso			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. BURLO: Istituto ha inserito l'obiettivo nel Piano attuativo ospedaliero, ma nelle note specifica che l'obiettivo non è di pertinenza Si rimanda per il BURLO all'allegato 3 (categoria B)
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Somministrazione ad almeno il 50% dei nati prematuri e fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo (report alla DCS)	somministrazione >= 50% con evidenza report a DCS	somministrazione >= 50% con evidenza report a DCS	X	somministrazione >= 50% con evidenza report a DCS			ASUFC: Le criticità legate alla dotazione di personale rappresentano un importante vincolo per il conseguimento del risultato atteso relativo alla somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio. Si propone di riformulare l'indicatore nel seguente modo: - somministrazione ai fratelli/sorelle dei soggetti con disturbi del neurosviluppo in carico ai servizi di NPI - somministrazione ad almeno il 25% dei nati prematuri - report alla DCS. ASFO: non ha inserito la progettualità Si rimanda per all'allegato 3 categoria A per ASFO e categoria B per ASUFC

Cap.	Linea progettuale		Obiettivo aziendale		Risultato atteso/ indicatore		ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
						target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.12	Programma Miglioramento sorveglianza prevenzione malattie infettive	PL15 della rafforzamento del processo di eliminazione di morbillo e rosolia e congenita	- Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000	>=1 attività supplementare MPR	>=1 attività supplementare MPR	>=1 attività supplementare MPR							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità legate alla messa a regime del nuovo applicativo per le vaccinazioni costituiscono un vincolo nell'attuazione/monitoraggio degli obiettivi
1.1.3.12	Programma Miglioramento sorveglianza prevenzione malattie infettive	PL15 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	95% per T,D ep. B e polio	95%	95%	95%							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità legate alla messa a regime del nuovo applicativo per le vaccinazioni costituiscono un vincolo nell'attuazione/monitoraggio degli obiettivi
1.1.3.12	Programma Miglioramento sorveglianza prevenzione malattie infettive	PL15 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della popolazione generale e in specifici gruppi a rischio - aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura e operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per diabete mellito, donne in gravidanza (patologie)	aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura vaccinale per T,D ep. B e polio donne in gravidanza	aumento 30% rispetto 2022	aumento 30% rispetto 2022	aumento 30% rispetto 2022							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità legate alla messa a regime del nuovo applicativo per le vaccinazioni costituiscono un vincolo nell'attuazione/monitoraggio degli obiettivi <i>Osservazione ARCS</i> <i>Si segnala che lo stato di gravidanza di una donna nel corso della campagna vaccinale, può essere accertato solo a seguito del parto e pertanto, il dato completo potrebbe essere disponibile solo a fine luglio (in quanto si considerano i parti avvenuti fino a maggio). L'indicatore potrebbe non essere elaborato entro i termini utili per il Consolidato consuntivo SSR 2023.</i> Si rimanda per tutte le Aziende all'allegato 3 (Categoria B)
1.1.3.12	Programma Miglioramento sorveglianza prevenzione malattie infettive	PL15 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della popolazione generale e in specifici gruppi a rischio - aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura e operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per diabete mellito, donne in gravidanza (patologie)	aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura vaccinale per T,D ep. B e polio donne in gravidanza	aumento 30% rispetto 2022	aumento 30% rispetto 2022	aumento 30% rispetto 2022							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità legate alla messa a regime del nuovo applicativo per le vaccinazioni costituiscono un vincolo nell'attuazione/monitoraggio degli obiettivi <i>Osservazione ARCS</i> <i>Si segnala che l'indicatore, così come declinato, presenta delle difficoltà di calcolo.</i> <i>Il Piano vaccinale regionale prevede 1 dose booster ogni 10 anni per Tetano + Difterite + Pertosse e tre dosi per epatite B (nei soggetti a rischio non vaccinati in precedenza). La vaccinazione Polio viene fatta in età infantile.</i> <i>I dati disponibili per l'elaborazione a sistema potrebbero non essere completi in quanto mancano i dati delle persone che sono state vaccinate fuori regione. Il dato di vaccinazione della Polio è disponibile a sistema a partire dal 1995 e quindi ci sono donne in età fertile, probabilmente vaccinate, per le quali non esistono i dati.</i> <i>Inoltre come segnalato per l'indicatore precedente, lo stato di gravidanza di una donna può essere accertato solo a seguito del parto e pertanto, il dato completo potrebbe essere disponibile solo a fine luglio (in quanto si considerano i parti avvenuti fino a maggio). L'indicatore potrebbe non essere elaborato entro i termini utili per il Consolidato consuntivo SSR 2023.</i> Si rimanda per tutte le Aziende all'allegato 3 (Categoria B)
1.1.3.12	Programma Miglioramento sorveglianza prevenzione malattie infettive	PL15 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della popolazione generale e in specifici gruppi a rischio - copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari > 28%	copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari > 28%	> 28%	> 28%	> 28%							ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità legate alla messa a regime del nuovo applicativo per le vaccinazioni costituiscono un vincolo nell'attuazione/monitoraggio degli obiettivi

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.12	Programma Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	- attivazione di almeno un percorso interaziendale per la prenotazione alla vaccinazione da parte degli specialisti clinici che hanno in carico soggetti con rischio aumentato per patologia	>=1 percorso interaziendale	>=1 percorso interaziendale	>=1 percorso interaziendale				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.12	Programma Miglioramento prevenzione malattie infettive	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	- Sviluppare almeno un percorso di accesso facilitato alla vaccinazione per popolazioni target a rischio di sviluppo di gravi complicanze coinvolgendo gli specialisti clinici individuando strategie e modalità di prenotazione e somministrazione della vaccinazione	>=1 percorso accesso facilitato alla vaccinazione	>=1 percorso accesso facilitato alla vaccinazione					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.12	Programma Miglioramento prevenzione malattie infettive	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, epatite B e C)	- almeno un protocollo per Azienda sanitaria	>=1 protocollo per azienda	>=1 protocollo per azienda					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.12	Programma Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Consolidamento dei servizi di sorveglianza delle Paralisi e Piacida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale	- Attività coordinata da ASUFC: 100% delle segnalazioni di PFA osservate	segnalazione ad ASUFC: 100% delle PFA	coordinamento segnalazioni PFA	segnalazione ad ASUFC: 100% delle PFA				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Pare opportuno precisare che le criticità legate alla messa a regime del nuovo applicativo per le vaccinazioni costituiscono un vincolo nell'attuazione/monitoraggio degli obiettivi
1.1.3.12	Programma Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Sviluppare e consolidare un confronto strutturato tra profili professionali sanitari e non, all'interno di gruppi di lavoro, aziendali e regionali, nell'ambito delle malattie infettive prevenibili	- Almeno un incontro anno	>= 1 incontro	>= 1 incontro	>= 1 incontro				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.12	Programma Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Formazione sul counseling breve	- Almeno un evento anno	>= 1 evento	>= 1 evento	>= 1 evento				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica	Prestazioni odontoiatriche	- Ogni centro di erogazione deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni/anno e comunque almeno il numero di prestazioni erogate nel 2019	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica	Erogazione di I visite e di visite di controllo	- sul totale delle prestazioni erogate devono essere garantite: • Per ASUGI inferiore al 25% di I visite e di visite di controllo	< 25%	< 35%	< 35%				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica	Erogazione di I visite e di visite di controllo	- sul totale delle prestazioni erogate devono essere garantite: • Per ASUFC/ASFO/IRCCS Burlo Garofolo: inferiore al 35% di I visite e di visite di controllo	30.4.2023 (1 report)	30.4.2023 (1 report)	30.4.2023 (1 report)	30.4.2023 (1 report)			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.7.2023 (2 report)	31.7.2023 (2 report)	31.7.2023 (2 report)	31.7.2023 (2 report)			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.10.2023 (3 report)	31.10.2023 (3 report)	31.10.2023 (3 report)	31.10.2023 (3 report)			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.1.2024 (4 report)	31.1.2024 (4 report)	31.1.2024 (4 report)	31.1.2024 (4 report)			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		- Garantire il supporto infermieristico per le attività extra-tea come programmate con il coordinatore regionale del progetto di odontoiatria pubblica	evidenza supporto infermieristico garantito	evidenza supporto infermieristico garantito	evidenza supporto infermieristico garantito	evidenza supporto infermieristico garantito			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste, tenendo conto delle difficoltà nel reperimento delle figure professionali necessarie sia di odontoiatri che di personale infermieristico.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		Sostituire il personale posto in quiescenza (sia dirigenti medici che specialisti ambulatoriali), preferibilmente con dirigenti medici (odontoiatri) a TP	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività	evidenza attività			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste, tenendo conto delle difficoltà nel reperimento delle figure professionali necessarie sia di odontoiatri che di personale infermieristico.
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		- ASUGI apertura ambulatorio odontoiatrico presso il carcere	apertura ambulatorio						
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		chiusura convenzioni esterne.	convenzioni chiuse						
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		- ASFO chiusura di un ambulatorio tra Maniago e Spilimbergo rinforzando l'offerta nel rimanente.			chiusura 1 ambulatorio e rinforzo offerta altro ambulatorio				
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		ASUFC: nuova logistica e rafforzamento ambulatorio Latisana (eventualmente anche chiudendo ambulatorio San Giorgio di Nogaro)		evidenza attività					ASUFC: La riorganizzazione dei servizi sulle sedi di Latisana e S. Giorgio di Nogaro potrà essere completata al termine dei lavori di ristrutturazione/riqualificazione in atto. Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (Categoria B)
1.1.3.13	Programma regionale di odontoiatria pubblica PL16		- ASUFC presentazione di un piano per attivare un ps odontoiatrico per pazienti disabili con accesso alle sale operatorie dedicato		piano attivazione ps odontoiatrico trasmesso al referente programma regionale					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste, tenendo conto delle difficoltà nel reperimento delle figure professionali necessarie sia di odontoiatri che di personale infermieristico.
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Partecipazione alle riunioni organizzate dalla DCS	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. BURLO: L'IRCCS partecipa al tavolo DCS
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'attivazione del percorso secondo le indicazioni presenti nell'allegato tecnico della DGR 1926 del 16.12.2022	attivazione percorso	attivazione percorso	attivazione percorso	attivazione percorso			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. BURLO: L'IRCCS garantisce l'attivazione del percorso
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'offerta opportunistica alle coorti 1969 - 1989 in occasione della prenotazione ed effettuazione di esami ematici già prescritti per altre motivazioni, presso gli sportelli di accettazione amministrativa e i punti prelievo e in occasione degli accessi al PS, ricoveri in regime ordinario e DH	offerta opportunistica garantita	offerta opportunistica garantita	offerta opportunistica garantita	offerta opportunistica garantita			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. BURLO: L'IRCCS garantisce l'offerta alle coorti individuate
1.2	Programmi di screening HCV	Referenziazione dei test di I livello (reflex)	- Garantire la referenziazione del test di screening di I livello entro 12gg dal prelievo	referenzioni I livello entro 12 gg	referenzioni I livello entro 12 gg	referenzioni I livello entro 12 gg	referenzioni I livello entro 12 gg			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.2	Programmi di screening HCV	Presi in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di I livello	- Garantire la I visita specialistica dei pazienti risultati positivi al test di screening di I livello entro e non oltre i 30gg	I visita specialistica entro 30 gg	I visita specialistica entro 30 gg	I visita specialistica entro 30 gg	I visita specialistica entro 30 gg			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.2	Programmi di screening HCV	Presenza in carico del paziente da parte dei Centri specializzati di II livello	- Garantire gli esami di II livello (ecografia, esami ematici e fibroscam) in corso della prima visita o al massimo entro 15gg dalla I visita specialistica epatologica	esami II livello entro 15 gg I visita specialistica	esami II livello entro 15 gg I visita specialistica	esami II livello entro 15 gg I visita specialistica				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.3	Piano operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panflu FVG 2021-2023)	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Realizzare, per quanto di competenza, le azioni Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panflu FVG 2021 – 2023) per le diverse fasce pandemiche.		evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare Sanità Pubblica	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sul MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2023	70% operatori SIAN	70% operatori SIAN	70% operatori SIAN				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale; ottenere alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: n. interventi ispettivi PRISAN	n. interventi ispettivi PRISAN	n. interventi ispettivi PRISAN	n. interventi ispettivi PRISAN				ASUFC: Interventi programmati come da PRISAN per il 2023 <ul style="list-style-type: none"> • Servizi Veterinari igiene degli alimenti di origine animale: <ul style="list-style-type: none"> - n. 403 Interventi ispettivi in attività riconosciute ai sensi del Reg. CE 853 del 2004; - n. 488 Interventi ispettivi in attività registrate ai sensi del Reg. CE 852 del 2004 - n. 51 Audit in stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853 del 2004 - n. 51 valutazioni del rischio in stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853 del 2004 - campionamenti di alimenti: n. 215 piano matrici e n. 95 piano radioattività - n. 5 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni • Servizio Igiene degli Alimenti <ul style="list-style-type: none"> - n. 750 Interventi ispettivi - n. 12 Audit - n. 750 valutazioni del rischio - n. 330 campionamenti di alimenti - n. 5 dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni
1.4	Sicurezza Alimentare Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale; ottenere alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: il n. audit per settore programmati per il 2023	n. audit per settore PRISAN	n. audit per settore PRISAN	n. audit per settore PRISAN				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale; ottenere alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: n. valutazioni del rischio programmate	n. valutazioni del rischio PRISAN	n. valutazioni del rischio PRISAN	n. valutazioni del rischio PRISAN				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale; ottenere alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: n. di campionamenti di alimenti programmati per 2023	n. campionamenti PRISAN	n. campionamenti PRISAN	n. campionamenti PRISAN				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale; ottenere alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e PRISAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	n. controlli PRISAN	n. controlli PRISAN	n. controlli PRISAN				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2023, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100% controlli MIPAAF/AGEA e verbali inseriti	100% controlli MIPAAF/AGEA e verbali inseriti	100% controlli MIPAAF/AGEA e verbali inseriti				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Trasmettere entro il 31/01/2024 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	relazione a DCS entro 31/01/2024	relazione a DCS entro 31/01/2024	relazione a DCS entro 31/01/2024				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: proposta di modifica. Trasmettere entro il 28.2.2024 Si rimanda per ASFO all'allegato 3 (Categoria B)
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Biosicurezza suini e Verifica dei requisiti di biosicurezza suini negli allevamenti suini ai fini della prevenzione PSA	Effettuare il 100% dei controlli in materia di biosicurezza suini secondo indicazione Ministero della Salute	100% controlli biosicurezza suini	100% controlli biosicurezza suini	100% controlli biosicurezza suini				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto e attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	100% controlli benessere alimentare	100% controlli benessere alimentare	100% controlli benessere alimentare				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	3% controlli anagrafe ovi caprina	3% controlli anagrafe ovi caprina	3% controlli anagrafe ovi caprina				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Genotipizzazione arieti per Scrapie	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2023	100% campioni sangue per Scrapie	100% campioni sangue per Scrapie	100% campioni sangue per Scrapie				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Igiene Urbana Veterinaria	Predisporre le attività previste per il passaggio alla BDN animali d'affezione.	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Igiene Urbana Veterinaria	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri), propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

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

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
1.5	Miglioramento Sorveglianze	Tutte le Aziende	ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS Entro il 31 dicembre 2023 Collaborare agli studi di sorveglianza, che supportano la valutazione dei risultati dei programmi dei PRP	evidenza attività di collaborazione entro il 31.12.2023	evidenza attività di collaborazione entro il 31.12.2023	evidenza attività di collaborazione entro il 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.5	Miglioramento Sorveglianze	Tutte le Aziende	ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS Entro il 31 dicembre 2023 Collaborare alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, inclusi i medici di medicina generale, e la popolazione, anche attraverso i portali regionali e i media aziendali	evidenza collaborazione diffusione dati entro il 31.12.2023	evidenza collaborazione diffusione dati entro il 31.12.2023				evidenza collaborazione diffusione dati entro il 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
1.6	Rete HPH	Policy 1. Consolidare la cultura HPH e diffondere i valori, i principi, le strategie e i risultati della strategia annuale	1. Entro il 30/11/2023 Arcs realizza la conferenza annuale HPH						conferenza realizzata entro 30.11.2023	
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2. Presentazione entro il 31/5/2023 ai referenti HPH dei comitati aziendali del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020						Manuale presentato entro 31.5.2023	
1.6	Rete HPH	Patient Engagement 1. Percorso di coinvolgimento paziente "Patient engagement"	Entro il 30/11/2023 elaborazione di un vademecum per orientare la promozione della salute dei pazienti (documento dedicato ad almeno un target di pazienti)						vademecum elaborato entro 30.11.2023	
1.6	Rete HPH	Policy 1. Orientare i modelli di governance, policies, strutture processi e cultura per ottimizzare i guadagni di salute dei pazienti, del personale, delle popolazioni assistite e supportare le società sostenibili	1. Entro il 30/4/2023 le Aziende comunicano ad ARCS i componenti dei gruppi di lavoro: - Comitato HPH Aziendale; - Gruppo Benessere sul posto di lavoro aziendale; - Gruppo Patient Engagement aziendale; - Team Multiprofessionali	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023		ASUFC: Con nota prot. n. 41882 del 20/3/2023 sono stati individuati e comunicati ad ARCS i referenti aziendali/link professionali.
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.a. Almeno il 50% dei componenti dei referenti HPH dei comitati aziendali partecipa all'evento formativo per l'utilizzo degli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione		ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.b. Entro il 30/9/2023 trasmissione ad Arcs degli esiti dell'autovalutazione sugli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020 presso le strutture aziendali identificate	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023		ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura". Team Multiprofessionali di I livello	- >= 2 aggiornamenti della sezione aziendale intranet con documenti relativi al progetto "Aver cura di chi ci cura"	>= 2 aggiornamenti sito aziendale	>= 2 aggiornamenti sito aziendale	>= 2 aggiornamenti sito aziendale	>= 2 aggiornamenti sito aziendale	>= 2 aggiornamenti sito aziendale		ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura". Team Multiprofessionali di I livello	- entro il 30/6/2023 trasmissione ad ARCS dell'elenco dei "link professionali promozione della salute" attivi presso l'azienda negli ambiti organizzativi di cui al punto 3.5 del Regolamento HPH di cui al Decreto 1100/2018 (prevenzione, distretto, dipartimento ospedaliero, piattaforma assistenziale, salute mentale, dipendenze)	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023		ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUFC					ASUFI					note aziendali Preventivo 2023				
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- le aziende strutturano l'offerta attiva di promozione della salute del personale in carico ai team multiprofessionali tramite il protocollo condiviso dai referenti che hanno condotto lo studio pilota HPH (trasmissione evidenza ad ARCS entro 31/10/2023)	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta	
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- Identificazione componenti tavolo regionale attività fisica e stile di vita circadiano: partecipazione alla stesura del documento di indirizzo entro il 31/12/2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta	
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	>= 60% partecipazione Team I livello	ASUFC: L'ASUFC garantisce l'attività prevista e la collaborazione richiesta	
2.1	Assistenza primaria	Formalizzazione dei regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD	Entro il 31.12.2023 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCSPSD i regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD.	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.	
2.1	Assistenza primaria	Le Aziende ASU GI, ASU FC e ASFO monitorano i flussi informativi previsti dagli AACCN della medicina convenzionata	Entro il 31.12.2023 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCSPSD una relazione sull'attività di monitoraggio effettuata	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	relazione su attività inviata a DCS entro il 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari) in coerenza con i Servizi sociali del 100% dei 17enni con diagnosi di Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2023 invio di relazione al Servizio Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Riscontro delle comorbidità fisico-organiche presenti nei soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico conseguente presa in carico integrata	Entro il 31.12.2023 stesura di un Protocollo aziendale secondo il Modello dell'Assistenza Medica Avanzata alla disabilità (D.A.M.A.).	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	protocollo aziendale entro 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.	
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza con quanto previsto dalla DGR 668/2017. Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei soggetti con DCA concordato con le équipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico in coerenza con il documento del Ministero della Salute "Percorso Lilla in pronto soccorso"	Definizione del percorso aziendale da inviare alla DCSPSD entro il 31/12/2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.	
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Osservatori epidemiologici adulti e minori Gli Osservatori di ASUFC e IRCCS Buflo Garofalo, in maniera congiunta e condivisa predispongono un report annuale di monitoraggio	Entro il 31.12.2023: invio congiunto ad ARCS e alla DCSPSD di un report di monitoraggio: - degli indicatori, definiti nel corso del 2022 - sulle attività - sull'outcome adulti e minori riferito all'anno 2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	report congiunto e condiviso inviato a DCS e ARCS entro 31.12.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore		ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
			target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023		
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Le Aziende sede degli Osservatori epidemiologici organizzano congiuntamente un evento formativo sul tema DCA rivolto al personale dei Dipartimenti di emergenza -urgenza. Pronto soccorso ai MMG e PLS e altri operatori coinvolti nelle cure del DCA, in linea con il piano biennale di attività specificato in premessa	Almeno un evento articolato su più moduli	>=1 evento (su più moduli)	>=1 evento (su più moduli)	>=1 evento (su più moduli)	>=1 evento (su più moduli)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.4	Sanità penitenziaria	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto	Entro il 31.12.2023 invio di un report alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, sulla attività svolta durante l'anno 2023 in merito ai minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.4	Sanità penitenziaria	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere, con particolare attenzione ai detenuti con bisogni complessi e/o problematiche di salute mentale e di dipendenza	Entro il 31.12.2023 invio di un report, alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	report progetto/i inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report progetto/i inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report progetto/i inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023					ASUFC: Sarà garantita la prosecuzione dei seguenti progetti attivati: • esecuzione dei tracciati di elettrocardiografia in carcere e trasmissione per la referazione da remoto da parte del competente ambulatorio di cardiologia, rispettivamente di Udine o di Tolmezzo; • teleconsulto per colloqui nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze mediante postazione dedicata attivata presso il carcere di Udine Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (Categoria B)
2.4	Sanità penitenziaria	Partecipazione alla realizzazione, da parte dei referenti aziendali, di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, con particolare attenzione alla prevenzione del suicidio in carcere e alla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2023	>= 1 evento aziendale entro il 31.12.2023	>= 1 evento aziendale entro il 31.12.2023	>= 1 evento aziendale entro il 31.12.2023					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi (PTR) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	ASUGI, ASFO, ASUFC predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 gg dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTR, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	modalità operative entro 45 gg applicazione misure sicurezza	modalità operative entro 45 gg applicazione misure sicurezza	modalità operative entro 45 gg applicazione misure sicurezza	modalità operative entro 45 gg applicazione misure sicurezza				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	I Direttori delle REMS e i Direttori dei DDSM partecipano alle attività del P.U.R.	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	Presi in carico di tutti gli internati in lista di attesa, secondo le indicazioni del P.U.R.	100% internati in lista presi in carico	100% internati in lista presi in carico	100% internati in lista presi in carico	100% internati in lista presi in carico				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Utilizzo della modalità di registrazione dei dati relativi ai pazienti delle REMS ed al loro monitoraggio, attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP)	Entro il 31.12.2023: l'aggiornamento dei dati relativi ai pazienti internati nelle REMS regionali, e a quelli in lista d'attesa, nello SMOP	aggiornamento dato pazienti entro il 31.12.2023	aggiornamento dato pazienti entro il 31.12.2023	aggiornamento dato pazienti entro il 31.12.2023	aggiornamento dato pazienti entro il 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Fabbisogno regionale di posti letto in REMS	ARC, entro il 30.06.2023 stila un report sul fabbisogno regionale di posti letto REMS e propone un programma di adeguamento a medio e a lungo termine.	report fabbisogni e programma adeguamento inviato a DCS entro 30.06.2023							

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023	
										target 2023	target 2023
2.6	Salute mentale	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliero della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità 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 31/12/2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. BURLO: non rilevante per uso di sostanze
2.6	Salute mentale	Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei giovani con quadro psicopatologico severo concordato con le équipes multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico	Definizione del percorso codificato da inviare al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 31/12/2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANIRE L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Realizzazione dei Punti Unici di Accesso come previsto dal DM 77/22 e dalla L.234/2021 art. 1 comma 163	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse destinate ai PUA.	Evidenza accordo formale	Evidenza accordo formale	Evidenza accordo formale	Evidenza accordo formale				
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANIRE LE DIMISSIONI PROTETTE PER LE PERSONE IN SITUAZIONE DI FRAGILITÀ Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla L.234/2021 art. 1 comma 170	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse da destinare alle dimissioni protette entro il 30.06.23.	Evidenza accordo formale entro 30.6.2023	Evidenza accordo formale entro 30.6.2023	Evidenza accordo formale entro 30.6.2023	Evidenza accordo formale entro 30.6.2023				ASUFC: I Distretti aziendali hanno già adottato, in attuazione della DGR n. 189/2021 (punto 4.2), accordi formali sulle tematiche indicate; nel corso del 2023 si verificherà la coerenza degli stessi con quanto previsto dal DM 77/22 e dalla L. 234/2021.
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANIRE LE DIMISSIONI PROTETTE PER LE PERSONE IN SITUAZIONE DI FRAGILITÀ Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla L.234/2021 art. 1 comma 170	Prima attuazione delle linee operative sulle dimissioni protette entro il 31.12.	Evidenza prima attuazione entro 31.12.2023	Evidenza prima attuazione entro 31.12.2023	Evidenza prima attuazione entro 31.12.2023	Evidenza prima attuazione entro 31.12.2023				ASUFC: I Distretti aziendali hanno già adottato, in attuazione della DGR n. 189/2021 (punto 4.2), accordi formali sulle tematiche indicate; nel corso del 2023 si verificherà la coerenza degli stessi con quanto previsto dal DM 77/22 e dalla L. 234/2021.
3.1	Integrazione sociosanitaria	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE Implementare la programmazione sociosanitaria a livello locale di Ambito/Distretti	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la definizione di una bozza di nuove linee guida PDZ/PAT	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.2	Non autosufficienza	STESURA ACCORDO DI PROGRAMMA TRA AZIENDE SANITARIE E AMBITI TERRITORIALI SOCIALI Definire a livello istituzionale i processi che consentano l'aduzione, organizzative in termini di personale e risorse, e il coordinamento tra LEA e LEPS, entro il 31.12.2023, come previsto dal Piano Nazionale per la non autosufficienza	Evidenza di una bozza di accordo di programma sull'integrazione sociosanitaria per la non autosufficienza tra SSC e Distretto/Azienda che definisca le macro fasi del percorso assistenziale, le attività organizzative in termini di personale e risorse, e il coordinamento tra LEA e LEPS, entro il 31.12.2023, come previsto dal Piano Nazionale per la non autosufficienza	bozza accordo definita entro il 31.12.2023	bozza accordo definita entro il 31.12.2023	bozza accordo definita entro il 31.12.2023	bozza accordo definita entro il 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.2	Non autosufficienza	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	100% informazioni raccolte e trasmesse	100% informazioni raccolte e trasmesse	100% informazioni raccolte e trasmesse	100% informazioni raccolte e trasmesse				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
3.3	Anziani	SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Sviluppare i percorsi di amministrazione condivisa volta alla sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Entro il 30.10.2023, in ogni azienda è avviato almeno un progetto di sperimentazione di domiciliarità comunitaria prevedendo la coprogettazione con servizi sociali e terzo settore	>=1 progetto avviato entro il 30.10.2023	>=1 progetto avviato entro il 30.10.2023	>=1 progetto avviato entro il 30.10.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: Il piano di accompagnamento regionale elaborato da Area Welfare prevede l'avvio della fase di coprogettazione entro 01.10.2023
3.3	Anziani	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica del welfare generativo	Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda	>= 2 visite audit	>= 2 visite audit	>= 2 visite audit				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.3	Anziani	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica svolta nel corso dell'anno 2022.	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre 2022 la relazione illustrativa relativa alle attività di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica svolta nel corso dell'anno 2022.	relazione attività 2022 trasmessa a DCS entro 30.6.2023	relazione attività 2022 trasmessa a DCS entro 30.6.2023	relazione attività 2022 trasmessa a DCS entro 30.6.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.3	Anziani	PRISMA 7 Garantire la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata screening rivolta agli anziani individuati quali potenzialmente fragili, con un potenziale fragili, con un approccio integrato con i SSC.	Le AAS proseguono le attività connesse alla fase di evidenziazione screening rivolta agli anziani individuati quali potenzialmente fragili, con un potenziale fragili.	evidenza prosecuzione attività screening	evidenza prosecuzione attività screening	evidenza prosecuzione attività screening				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste modificando, rispetto al 2022, il target dei pazienti da arruolare nella sorveglianza attiva della popolazione anziana a rischio di fragilità, al fine di migliorare il livello di efficacia della progettualità. Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (Categoria B)
3.4	Disabilità	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema socio-sanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Adozione degli atti e provvedimenti relativi a: • adeguamento atto aziendale coerentemente con l'Atto di indirizzo della Giunta (art.18, comma 2, L.R. n. 16/2022) e identificazione di una specifica articolazione organizzativa funzionale per la disabilità;	Adeguamento atto aziendale (a seguito emanazione atto di indirizzo regionale)	Adeguamento atto aziendale (a seguito emanazione atto di indirizzo regionale)	Adeguamento atto aziendale (a seguito emanazione atto di indirizzo regionale)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.4	Disabilità	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema socio-sanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Adozione degli atti e provvedimenti relativi a: • stipula Atto di Intesa con conferenza dei Sindaci per passaggio di competenze (art. 17, comma 2, L.R. n. 16/2022).	stipula Atto di Intesa con Conferenza dei Sindaci	stipula Atto di Intesa con Conferenza dei Sindaci	stipula Atto di Intesa con Conferenza dei Sindaci				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;	persone da valutare identificate	persone da valutare identificate	persone da valutare identificate				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018; • Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali;	100% persone valutate con Q-VAD	100% persone valutate con Q-VAD	100% persone valutate con Q-VAD				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018; • Tutte le persone in carico alle sperimentazioni;	100% persone valutate con Q-VAD	100% persone valutate con Q-VAD	100% persone valutate con Q-VAD				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018; • Tutte le persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi)	100% persone valutate con Q-VAD	100% persone valutate con Q-VAD	100% persone valutate con Q-VAD				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
3.4	Disabilità	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Valutare le sperimentazioni organizzative attuate nel 2022, 25.09.2020) e predispongono il piano di intervento partecipare all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto per il trasferimento a regime del processo di n.1830/SP5 del 25.09.2020) e definire le modalità aziendali per gestione delle cure farmacologiche entro il trasferimento a regime dell'attività. 31.12.2023.	Le aziende sanitarie partecipano all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto n.1830/SP5 del 25.09.2020) e predispongono il piano di intervento partecipare all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto per il trasferimento a regime del processo di n.1830/SP5 del 25.09.2020) e definire le modalità aziendali per gestione delle cure farmacologiche entro il trasferimento a regime dell'attività. 31.12.2023.	Piano di intervento predisposto entro il 31.12.2023	Piano di intervento predisposto entro il 31.12.2023	Piano di intervento predisposto entro il 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	evidenza rapporto aziendale	evidenza rapporto aziendale	evidenza rapporto aziendale				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di progetti personalizzati effettuati dalle équipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di valutazioni multidimensionali effettuate dai progetti personalizzati effettuati dalle équipe integrate su situazioni multiproblematiche	evidenza rapporto aziendale	evidenza rapporto aziendale	evidenza rapporto aziendale				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'équipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità	evidenza rapporto aziendale	evidenza rapporto aziendale	evidenza rapporto aziendale				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	n. progetti	n. progetti	n. progetti				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'équipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte con particolare attenzione alla figura dello psicologo	evidenza presenza équipe con declinazione figure coinvolte	evidenza presenza équipe con declinazione figure coinvolte	evidenza presenza équipe con declinazione figure coinvolte				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: attività gestita dai SSC
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Identificazione di un coach aziendale come previsto dal programma P.I.P.P.I.- PNRR	Coach aziendale identificato	Coach aziendale identificato	Coach aziendale identificato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	N° dei nuclei familiari presi in carico	n. nuclei	n. nuclei	n. nuclei				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: attività gestita dai SSC, dati a disposizione del SSC

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Partecipazione alle iniziative formative annuali previste dal programma	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.6	Salute mentale	PROMOZIONE E SISTEMATIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI ABILITAZIONE E RIABILITAZIONE Promozione e sistemazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione	Partecipazione dei referenti individuati dai DDSM, area salute mentale, al Tavolo Tecnico regionale per la definizione degli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/peer/networking, con il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore e degli stakeholders	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.6	Salute mentale	QUALIFICARE L'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI RELATIVA AL GRADO DI EFFICACIA DELLO STRUMENTO DEL BUDGET DI SALUTE Qualificare l'attività di valutazione degli esiti relativa al grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti individuati dai DDSM alle attività previste dal progetto nazionale coordinato dall'ISS, capofila Emilia Romagna; "Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati"; CCM 2022, in fase di approvazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.6	Salute mentale	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi co-gestiti con i servizi.	Realizzazione di almeno n.2 progetti in collaborazione con i peer support workers e le persone con esperienza (almeno n.8 unità per DDSM, area salute mentale) nell'ambito delle attività abilitative orientate alla recovery promosse dal servizio.	> = 2 progetti realizzati	> = 2 progetti realizzati	> = 2 progetti realizzati				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.6	Salute mentale	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi co-gestiti con i servizi.	Realizzazione di progetti partecipati con il Terzo Settore ed in particolare con le Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12).	report a DCS con n. progetti realizzati	report a DCS con n. progetti realizzati	report a DCS con n. progetti realizzati				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.6	Salute mentale	GARANIRE ALLE PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIPO TERAPEUTICO RIABILITATIVO Garantire alle persone con bisogni complessi in carico al DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento, nel sistema informativo Point pSM, dei progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi, entro 30 giorni dalla presa in carico.	entro 30 gg progetti inseriti a sistema	entro 30 gg progetti inseriti a sistema	entro 30 gg progetti inseriti a sistema				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. ASFO: L'Azienda nel proprio Piano attuativo ha modificato il risultato atteso inserendo: "Inserimento nel sistema informativo Point pSM, dei progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi, entro 30 giorni dalla presa in carico, per i nuovi utenti" Si rimanda per ASFO all'allegato 3 (Categoria B)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
3.6	Salute mentale	GARANTIRE ALLE PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIPO TERAPEUTICO RIABILITATIVO Garantire alle persone con bisogni complessi in carico al DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento nel sistema informativo Point PSM di almeno una attività di verifica o aggiornamento dei progetti personalizzati già attivati	>= attività e/o progetti inseriti a sistema	>= attività e/o progetti inseriti a sistema	>= attività e/o progetti inseriti a sistema				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Utilizzo del modello condiviso di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	modello utilizzato	modello utilizzato	modello utilizzato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.2. Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse dedicate	budget salute attivato	budget salute attivato	budget salute attivato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3. Revisione del documento preparatorio alle Linee di azione regionali GAP alla luce del DM 16 luglio 2021, n. 136.	documento revisionato	documento revisionato	documento revisionato				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.4. Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sui 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti	test eseguiti su 70% persone testabili	test eseguiti su 70% persone testabili	test eseguiti su 70% persone testabili				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.7	Dipendenze	2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	2.1. Elaborazione di una procedura/progettualità condivisa fra CT regionali di inserimento e Servizi invianti per gli utenti in procinto di concludere il percorso in Comunità terapeutica	procedura / progettualità elaborata	procedura / progettualità elaborata	procedura / progettualità elaborata				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.7	Dipendenze	2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	2.2. Partecipazione dei referenti aziendali dei trattamenti alcolici al 100% delle riunioni indette con le Associazioni e i Gruppi operanti nel settore delle problematiche alcolcorrelate	100% partecipazione	100% partecipazione	100% partecipazione				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.8	Area Welfare	Accompagnare all'utilizzo attraverso percorsi formativi gli operatori che si occupano di VMD con strumento Val.Graf-FVG	Almeno un corso di formazione realizzato	>= 1 corso formazione						
3.8	Area Welfare	Supportare la Direzione centrale salute nel procedimento di accreditamento provvisorio delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani (DPRReg. 107/2022)	Istruttoria realizzata per tutte le domande di accreditamento provvisorio pervenute	istruttoria realizzata su 100% domande accreditamento						
3.8	Area Welfare	Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Bozze di accordo contrattuale tipo	bozza accordo predisposta						
3.8	Area Welfare	Realizzare accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	Accompagnamento alla realizzazione di almeno 1 percorso di co-programmazione	>= 1 percorso co-progettazione realizzato						

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
3.8	Area Welfare	Supportare la DCS e le Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto previsto dalla L.R.16/2022.	Bozze di provvedimenti in attuazione della L.R.16/2022.	bozze provvedimenti predisposte						
3.8	Area Welfare	Supportare le attività della Commissione di valutazione dei progetti sperimentali di cui all'art.25 della L.R.16/2022 e in fase di promulgazione, nonché realizzare l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione delle sperimentazioni approvate.	Documenti elaborati dal gruppo tecnico a supporto delle attività della Commissione.	documenti elaborati						
3.8	Area Welfare	Gestire il portale della disabilità	Portale aggiornato e mantenuto	portale aggiornato e mantenuto						
3.8	Area Welfare	Sperimentare i profili Q-VAD	Profili Q-VAD sperimentati	profili sperimentati						
3.8	Area Welfare	Accompagnare l'utilizzo dello strumento Q-VAD anche ai fini della rivalutazione prevista all'art. 17 comma 8 dalla L.R.16/22	Corso di formazione a distanza sviluppato, help desk attivo.	corso sviluppato e help desk attivo						
3.8	Area Welfare	Monitorare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nonché le condizioni di vita delle persone che ne fruiscono	Report annuale contenente i dati di flusso del sistema dell'offerta e i dati relativi alle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali, e semiresidenziali.	report predisposto e inviato a DCS						
3.8	Area Welfare	Supportare lo sviluppo nel sistema informatizzato GeDi della parte relativa al progetto personalizzato per la presa in carico delle persone con dipendenze patologiche	Specifiche per lo sviluppo del progetto personalizzato condiviso a livello regionale nell'ambito del sistema informatizzato GeDi	specifiche definite e condivise						
3.8	Area Welfare	Realizzare il monitoraggio previsto nell'ambito delle attività dell'Osservatorio sulle Dipendenze	Report annuale monitoraggio Dipendenze	report predisposto e inviato a DCS						
3.8	Area Welfare	Monitorare le sperimentazioni di Abitare inclusivo e domiciliarietà innovativa avviate in regione FVG	Report di monitoraggio e valutazione partecipata delle sperimentazioni in corso	report predisposto e inviato a DCS						
3.8	Area Welfare	Supportare lo sviluppo del SI per le NPJA atto a soddisfare il flusso informativo ministeriale	Specifiche per lo sviluppo del sistema informativo NPJA	specifiche definite						
3.9	Consultori familiari attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	Presenza di protocolli operativi con SSC e Scuole familiari e SSC e scuola con progetto personalizzato (dato al 31.12.23) SI/NO	n. protocolli presenti al 31.12.2023	n. protocolli presenti al 31.12.2023	n. protocolli presenti al 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.9	Consultori familiari attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	N° di UVM congiunte tra Consultori familiari e SSC (dato al 31.12.23)	n. UVM congiunte al 31.12.2023	n. UVM congiunte al 31.12.2023	n. UVM congiunte al 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.9	Consultori familiari attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	N° prese in carico integrate congiunte tra Consultori familiari e SSC e scuola con progetto personalizzato (dato al 31.12.23)	n. prese in carico al 31.12.2023	n. prese in carico al 31.12.2023	n. prese in carico al 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
										target 2023
3.9	Consultori familiari attività sociosanitaria -	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI - Rinforzo e sviluppo dei servizi sociosanitari a favore delle famiglie fragili, attraverso una condivisione tra Consulitori e Servizi sociali dei Comuni, degli interventi professionali dedicati.	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo sociopedagogico, realizzati per singolo Distretto e Azienda al 31.12.2023	n. e tipologia interventi realizzati al 31.12.2023	n. e tipologia interventi realizzati al 31.12.2023	n. e tipologia interventi realizzati al 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.9	Consultori familiari attività sociosanitaria -	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI - Potenziamnto della rete dei servizi a favore delle donne maltrattate	Almeno 2 incontri di coordinamento tra le diverse associazioni	>= 2 incontri di coordinamento	>= 2 incontri di coordinamento	>= 2 incontri di coordinamento				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.9	Consultori familiari attività sociosanitaria -	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI - Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere	Partecipazione ad almeno 2 eventi formativi	partecipazione >= 2 eventi	partecipazione >= 2 eventi	partecipazione >= 2 eventi				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Definizione di un percorso interno di analisi di concerto con il Servizio competente	percorso interno di analisi definito	percorso interno di analisi definito	percorso interno di analisi definito				
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Partecipazione agli incontri	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione				
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Report di analisi aziendale e procedura percorsi entro il 31.12.2023	report di analisi e procedura inviato a DCS entro il 31.12.2023	report di analisi e procedura inviato a DCS entro il 31.12.2023	report di analisi e procedura inviato a DCS entro il 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) E OPERATORI SOCIOSANITARI CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSS-C) - A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza almeno UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	I corsi sono attivati nel corso del 2023.	>= 1 corso OSS 1.000 ore attivato per Azienda	>= 1 corso OSS 1.000 ore attivato per Azienda	>= 1 corso OSS 1.000 ore attivato per Azienda				
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) E OPERATORI SOCIOSANITARI CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSS-C) - Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria.	I corsi sono attivati entro il 31.12.2023	1 corso OSS formazione complementare attivato per Azienda entro il 31.12.2023	1 corso OSS formazione complementare attivato per Azienda entro il 31.12.2023	1 corso OSS formazione complementare attivato per Azienda entro il 31.12.2023				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera	Indicatori attività ospedaliera Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=67% (media regionale anno 2021: 60,72%) – fonte Bersaglio	>=67% entro 48h	>=67% entro 48h	>=67% entro 48h				ASUFC: Il dato aziendale relativo all'anno 2022 è 46,8%.
4.1.2	Indicatori urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target Hub: >=65% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub			
4.1.2	Indicatori urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target Spoke: >=75% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)	>= 75% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Spoke	>= 75% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Spoke	>= 75% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Spoke	>= 75% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Spoke			
4.1.2	Indicatori urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub			
4.1.2	Indicatori urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)	>= 80% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Spoke	>= 80% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Spoke	>= 80% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Spoke	>= 80% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Spoke			
4.1.2	Indicatori urgenza	Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Miglioramento della percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022			
4.1.2	Indicatori urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDIA violenza contro le donne FVG Inseire 2019)	PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	presa in carico garantita	presa in carico garantita	presa in carico garantita	presa in carico garantita			BURLO: E' di competenza dell'IRCCS per quanto concerne l'ambulatorio accesso diretto ostetrico-ginecologico
4.1.2	Indicatori urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDIA violenza contro le donne FVG Inseire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard >=50%	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione	>= 50% partecipazione			BURLO: E' di competenza dell'IRCCS per quanto concerne l'ambulatorio accesso diretto ostetrico-ginecologico
4.1.2	Emergenze Cardiologiche –STEMI e NSTEMI	Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	Compilazione e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	>= 95% dati presenti e completi	>= 95% dati presenti e completi	>= 95% dati presenti e completi	>= 95% dati presenti e completi			ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore					note aziendali Preventivo 2023					
			ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS					
			target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI e NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	>= 80% follow up entro 1 mese o > 10% rispetto 2022	>= 80% follow up entro 1 mese o > 10% rispetto 2022	>= 80% follow up entro 1 mese o > 10% rispetto 2022	>= 80% follow up entro 1 mese o > 10% rispetto 2022							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI e NSTEMI	Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	>= 75% pazienti con PTCA primaria entro 90 minuti (fonte: flusso emodinamica)	>= 75% pazienti con PTCA primaria entro 90 minuti	>= 75% pazienti con PTCA primaria entro 90 minuti	>= 75% pazienti con PTCA primaria entro 90 minuti							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI e NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	>= 60% follow up entro 2 mesi dimissione	>= 60% follow up entro 2 mesi dimissione	>= 60% follow up entro 2 mesi dimissione	>= 60% follow up entro 2 mesi dimissione							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI e NSTEMI	Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	>= 50% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dimissione	>= 50% con esame LDL <= 55mg/dl entro 3 mesi dimissione	>= 50% con esame LDL <= 55mg/dl entro 3 mesi dimissione	>= 50% con esame LDL <= 55mg/dl entro 3 mesi dimissione							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI e NSTEMI	Follow up post STEMI o NSTEMI a 1 anno	> 75% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dimissione	> 75% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dimissione	> 75% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dimissione	> 75% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dimissione							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI	Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento	100% pazienti NSTEMI segnalati con agenda dedicati	100% pazienti NSTEMI segnalati con agenda dedicati	100% pazienti NSTEMI segnalati con agenda dedicati	100% pazienti NSTEMI segnalati con agenda dedicati							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenze Cardiologiche -STEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	>= 60% pazienti STEMI inseriti in agenda dedicata entro 2 mesi dimissione	>= 60% pazienti STEMI inseriti in agenda dedicata entro 2 mesi dimissione	>= 60% pazienti STEMI inseriti in agenda dedicata entro 2 mesi dimissione	>= 60% pazienti STEMI inseriti in agenda dedicata entro 2 mesi dimissione							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	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 >= 75% (2° semestre 2022).	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2022).	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2022).	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2022).							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.
4.1.2	Emergenza Territoriale	ARCS: Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso	Il sistema dispatch per il triage telefonico è utilizzato in almeno il 95% dei contatti delle richieste di soccorso							utilizzo del dispatch >= 95% dei contatti di richiesta di soccorso
4.1.2	Rene	Dialisi peritoneale	< 52%	< 52%	< 52%	< 52%							ASUFC: Si conferma anche per l'anno 2023 la necessità di implementare il sistema di calcolo e monitoraggio degli indicatori sopra riportati.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
4.2	Trapianti e donazioni	Attuazione accordo stato regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto	ASU FC dà attuazione all'accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018 sui requisiti minimi per i centri di trapianto con la definizione della responsabilità dei programmi: - Cuore; - Fegato; - Rene	target 2023 evidenza requisiti minimi	target 2023 evidenza requisiti minimi	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Trapianto cardiaco: Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidatura del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) al meeting presso la CCH ASUFC cui partecipa il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidatura al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting	case manager presente al meeting per candidatura > = 50% pazienti trapiantati	case manager presente al meeting per candidatura > = 50% pazienti trapiantati	case manager presente al meeting per follow up > = 50% pazienti trapiantati				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Trapianto cardiaco: Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidatura del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CRT per condividere il follow-up dei pazienti successivi al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting	case manager presente al meeting per follow up > = 50% pazienti trapiantati	case manager presente al meeting per follow up > = 50% pazienti trapiantati	case manager presente al meeting per follow up > = 50% pazienti trapiantati				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Percorsi assistenziali a valenza regionale	ASUFC: Attivazione dei 2 percorsi assistenziali a valenza regionale VAD e ECMO	> = 2 percorsi VAD e ECMO attivati						ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Percorsi assistenziali a valenza regionale	ASUFC: Attivazione registro con monitoraggio semestrale dei decessi in ECMO	registro decessi ECMO attivato con monitoraggio semestrale						ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Donatore Cuore Fermo (DCD)	ASUFC: avvio Percorso di Formazione inerente il DCD	percorso DCD avviato						ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Rete trapiantologica renale Almeno 5 Meeting con referenti aziende	Evidenza dei Verbali delle riunioni	> = 5 verbali di meeting	> = 5 verbali di meeting	> = 5 verbali di meeting				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Trapianti di rene	Potenziamento del programma Trapianti di rene con: - segnalazione di almeno 1 coppia per trapianto da vivente ogni 10 segnalazioni: iscrizioni in lista d'attesa	> = 1 coppia da vivente ogni 10 segnalazioni	> = 1 coppia da vivente ogni 10 segnalazioni	> = 1 coppia da vivente ogni 10 segnalazioni				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Tempi di iscrizione in lista	Monitoraggio semestrale dei Tempi di iscrizione in lista a cura del referente del programma di trapianto in sede di commissione regionale	2 monitoraggi semestrali						ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Confronto semestrale tra registro Decessi con Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	Delta tra registro decessi con lesione cerebrale acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	evidenza delta						ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni RENE	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI	target > o uguale 30%	> = 30%	> = 30%	> = 30%				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni RENE	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI Aggiornamento Procedure	ASFO e ASUGI revisione Protocolli e Procedure evidenza dei documenti	evidenza revisione protocolli e procedure						
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Stesura/aggiornamento protocollo per prelievo d'organi Donatori in ECMO-VAD	ASUGI e ASUFC implementano il protocollo per prelievo d'organi da paziente ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana)	protocollo implementato	protocollo implementato					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore					note aziendali Preventivo 2023					
			ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS					
			target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023
4.2	Trapianti e donazioni	Aggiornamento dei Coordinamenti Ospedalieri e dei Coordinamenti Aziendali sulla base dell'ASR Dicembre 2017	decreti approvati	decreti approvati	decreti approvati								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	donatori >= 5% decessi	donatori >= 5% decessi	Presso ciascuna azienda donatori non inferiori al 5% dei decessi								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	evidenza monitoraggio	evidenza monitoraggio	Monitoraggio rapporto potenziali donatori valutati/ n. decessi < 80 anni								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	evidenza rapporto	evidenza rapporto	rapporto valutati /decessi < 80 anni								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazione multitestuto	progetto di fattibilità realizzato	progetto di fattibilità realizzato	Nelle aziende ove non presente realizzare un progetto di fattibilità sull'estensione del programma di donazione multitestuto								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni	Audit dei Coordinamenti		>= 3 audit	Il CRT effettua almeno 3 Audit dei Coordinamenti (ASUGI, ASUFC, ASFO) e ne redige i verbali								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni	PDTA Donatore Cuore Fermo (DCD)	PDTA predisposto	PDTA predisposto	ARCS e CRT si coordinano e redigono il PDTA Donatore Cuore Fermo (DCD) entro il 31/12/2023							collaborazione con CRT nella predisposizione del PDTA	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.2	Trapianti e donazioni	Programma unico di trapianto, esteso a più centri appartenenti alla stessa area geografica con l'obiettivo dell'istituzione trapianto CSE congiunto e sua formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	programma congiunto definito	programma congiunto definito	Costituzione di un tavolo interaziendale per la definizione di un programma congiunto regionale coordinato come da ASR maggio 2021								ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.3	Percorso nascita	Le Aziende istituiscono il Comitato percorso nascita aziendale in coerenza con quanto definito dalla DGR 629/2022	Comitato costituito e trasmissione componenti e coordinatore a DCS entro il 28.2.2023	Comitato costituito e trasmissione componenti e coordinatore a DCS entro il 28.2.2023	Il nominativo dei componenti il Comitato aziendale e del relativo coordinatore è trasmesso alla DCS entro febbraio 2023								ASUFC: Con nota prot. n. 33101 del 3/3/2023 l'Azienda ha individuato e comunicato alla DCS la composizione del Comitato Aziendale "Percorso nascita"
4.3	Percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei Comitati aziendali concorrono alla revisione/aggiornamento dell'Agenda della gravidanza trasmessi in seno al Comitato percorso nascita regionale	report revisione / aggiornamenti Agenda di gravidanza trasmessi alla DCS	report revisione / aggiornamenti Agenda di gravidanza trasmessi alla DCS	Trasmisione alla DCS dei report aziendali di aggiornamento								ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) pre-concezionale	>= 1 iniziativa sensibilizzazione	>= 1 iniziativa sensibilizzazione	Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione per l'utenza rivolta ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo pre-concezionale								ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) pre-concezionale	>= 1 evento formativo	>= 1 evento formativo	Almeno un evento di formazione, rivolto ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo pre-concezionale								ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico che segue le gravidanze BRO	>= 2 eventi formativi	>= 2 eventi formativi	Almeno due eventi formativi								ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
4.3	Percorso nascita	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/SP5, relativo all'anno 2023 e trasmissione risultanze alla Direzione centrale salute entro il 31.12.2023	target 2023	target 2023 1 audit e trasmissione esiti a DCS entro il 31.12.2023	target 2023	target 2023 1 audit e trasmissione esiti a DCS entro il 31.12.2023	target 2023	target 2023	ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.
4.3	Percorso nascita	Per IRCCS Burlo Garofolo e ASUFC: 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.	- almeno un evento formativo anche congiunto sulle indicazioni al trasferimento e sulla stabilizzazione del neonato e della donna in attesa di trasferimento		> = 1 evento formativo (anche congiunto)		> = 1 evento formativo (anche congiunto)			ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.
4.3	Percorso nascita	Per ARCS: Revisione/aggiornamento del documento "Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM)", di cui al Decreto 1733/SP5 del 19/12/2016	Trasmissione del documento alla DCS entro il 30/06/2023				collaborazione aggiornamento documento entro 30.6.2023		aggiornamento documento entro 30.6.2023	
4.3	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	> 80% partecipazione	> 80% partecipazione	> 80% partecipazione	> 80% partecipazione			ASUFC: L'ASUFC garantisce le attività previste e le collaborazioni richieste.
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Rete oncologica pediatrica Elaborazione e condivisione di almeno 1 protocollo clinico assistenziali in ambito onco ematologico	Entro il 30.06.2023 è definita e trasmessa ad ARCS e DCS la proposta di protocollo		proposta di protocollo trasmessa a DCS e ARCS entro 30.6.2023		proposta di protocollo trasmessa a DCS e ARCS entro 30.6.2023			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste e coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Rete oncologica pediatrica Elaborazione e condivisione di almeno 1 protocollo clinico assistenziali in ambito onco ematologico	Entro il 31.12.2023 sono realizzati almeno 3 eventi formativi di presentazione e condivisione del protocollo elaborato.		> = 3 eventi entro il 31.12.2023		> = 3 eventi entro il 31.12.2023			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste e coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Area emergenza-urgenza Riduzione degli accessi impropri nei PS pediatrici	Entro il 31.12.2023 è definita e trasmessa in ARCS e DCS la proposta di interventi di provata efficacia, utili a ridurre gli accessi inappropriati ai PS pediatrici		proposta di interventi trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2023		proposta di interventi trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2023			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste e coordinate dall'IRCCS Burlo Garofolo.
4.4	Pediatria	IRCCS Burlo Rete Cure palliative pediatriche e terapia del dolore. Avviare l'attività dell'Hospice pediatrico	Entro il 31.12.2023 sono attivi presso l'Istituto n. 2 posti letto di Hospice pediatrico.		2 pl attivati		2 pl attivati			
4.5	Sangue emocomponenti	ed Mantenimento autosufficienza emocomponenti contribuito a quella nazionale	Raccolta sangue dipartimentale Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue fornendo un numero di aperture adeguato a garantire valori di raccolta pari alla media tra quelli 2020-2021	evidenza attività svolta	evidenza attività svolta	evidenza attività svolta	evidenza attività svolta			ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2020-2021 Target: • DIMT ASUGI = 20% sul totale di 28.500 kg come previsti dal documento di programmazione	20%						

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
4.5	Sangue emocomponenti ed	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2020-2021 Target: • DIMT ASFO = 25% sul totale di 28.500 kg come previsti dal documento di programmazione			25%				
4.5	Sangue emocomponenti ed	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2020-2021 Target: • DIMT ASFC = 43% sul totale di 28.500 kg come previsti dal documento di programmazione		43%					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma: i DIMT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2020-2021 Target: • AUTEMOTECHE = 12% sul totale di 28.500 kg come previsti dal documento di programmazione		12%					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.4.2023 invio a Cobus (1 report)	entro 15.4.2023 invio a Cobus (1 report)	entro 15.4.2023 invio a Cobus (1 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.7.2023 invio a Cobus (2 report)	entro 15.7.2023 invio a Cobus (2 report)	entro 15.7.2023 invio a Cobus (2 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.10.2023 invio a Cobus (3 report)	entro 15.10.2023 invio a Cobus (3 report)	entro 15.10.2023 invio a Cobus (3 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.1.2024 invio a Cobus (4 report)	entro 15.1.2024 invio a Cobus (4 report)	entro 15.1.2024 invio a Cobus (4 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Appropriatezza	Per valutare l'appropriatezza delle richieste e il percorso trasfusionale nei reparti, il DIMT organizzerà almeno due audit all'anno in reparti dei Presidi Ospedalieri e Strutture private accreditate di propria pertinenza che hanno consumo di sangue.	> = 2 audit	> = 2 audit	> = 2 audit				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti ed	Sicurezza	Tutte le aziende: Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata (>=90% EMOWARD)	> = 90%	> = 90%	> = 90%	> = 90%	> = 90%		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
4.5	Sangue emocomponenti	ed Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMT supporta la Direzione Sanitaria nella convocazione del Cobus Aziendale o interaziendale e garantisce l'invio dei verbali alla SRC per l'inserimento in SISTRA	evidenza supporto	evidenza supporto	evidenza supporto	evidenza supporto	evidenza supporto		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMT parteciperà ad almeno due incontri del tavolo tecnico regionale con i Servizi di Farmacia per il governo clinico dell'utilizzo degli emoderivati	partecipazione >= 2 incontri	partecipazione >= 2 incontri		partecipazione >= 2 incontri	partecipazione >= 2 incontri		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.4.2023 invio a coordinatore regionale (1 report)	entro 15.4.2023 invio a coordinatore regionale (1 report)	entro 15.4.2023 invio a coordinatore regionale (1 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.7.2023 invio a coordinatore regionale (2 report)	entro 15.7.2023 invio a coordinatore regionale (2 report)	entro 15.7.2023 invio a coordinatore regionale (2 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.10.2023 invio a coordinatore regionale (3 report)	entro 15.10.2023 invio a coordinatore regionale (3 report)	entro 15.10.2023 invio a coordinatore regionale (3 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMT Target: 4 report trimestrali	entro 15.1.2024 invio a coordinatore regionale (4 report)	entro 15.1.2024 invio a coordinatore regionale (4 report)	entro 15.1.2024 invio a coordinatore regionale (4 report)				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe): Implementazione e centralizzazione degli esami di validazione per la prevenzione delle malattie trasmissibili con il sangue comprensive di quelle tropicali (p.e. malaria)		esami di validazione centralizzati					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Completamento della centralizzazione di produzione e validazione	ASUFC (curpe): e Attività di stoccaggio e congelamento di emazie concentrate per progetti regionali o per richieste finalizzate nei casi riconosciuti appropriati		stoccaggio e congelamento emazie realizzato					ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
4.5	Sangue emocomponenti	ed Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	partecipazione alle attività	partecipazione alle attività	partecipazione alle attività	partecipazione alle attività	partecipazione alle attività	partecipazione alle attività	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio	nominativi inviati entro 31.1.2023	nominativi inviati entro 31.1.2023	nominativi inviati entro 31.1.2023	nominativi inviati entro 31.1.2023	nominativi inviati entro 31.1.2023	nominativi inviati entro 31.1.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Partecipazione dei RM e dei RAP alle attività programmate	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI		ASUFC		ASFO		BURLO		CFO		ARCS		note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	evidenza partecipazione alla survey Agenas	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	indicatori inviati nei tempi indicati	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Inserimento di almeno una buona pratica nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	> = 1 buona pratica inserita	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	dati pubblicati entro 31.3.2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Attuazione della sorveglianza sulla gestione del dolore	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	sorveglianza attuata	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della prevenzione.	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	studio effettuato	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze	report diffuso	report diffuso	report diffuso	report diffuso	report diffuso	report diffuso	report diffuso	report diffuso	report diffuso	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla sorveglianza richieste a livello nazionale	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale questionario CSIA per la validazione del consumo di soluzione idroalcolica	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	2 invii semestrali questionario CSIA	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale degli indicatori sulla compliance alla proflessi per-operatori nell'adulto	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	2 invii semestrali indicatori compliance proflessi	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Partecipazione alle attività previste dal programma regionale sull'utilizzo degli inibitori di pompa protonica (PPI) secondo le indicazioni regionali	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Diffusione dei dati sulla reportistica PPI	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	evidenza diffusione dati	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Avvio di specifiche azioni sulla gestione della politerapia in particolare per specifiche classi di rischio	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	• Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	evidenza attività realizzate	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.			

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri valutatori inseriti nell'elenco regionale del sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	partecipazione > = 5 giornate	partecipazione > = 5 giornate	partecipazione > = 5 giornate	partecipazione > = 5 giornate	partecipazione > = 5 giornate		ASUFC: L'ASUFC garantisce i livelli di collaborazione richiesti.
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, individuati dai referenti aziendali dell'accREDITAMENTO componenti dell'OTA, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITAMENTO.	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita		ASUFC: L'ASUFC garantisce i livelli di collaborazione richiesti.
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITAMENTO di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita		ASUFC: L'ASUFC garantisce i livelli di collaborazione richiesti.
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita	messa a disposizione garantita		ASUFC: L'ASUFC garantisce i livelli di collaborazione richiesti.
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,15 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei 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 - monitoraggio AIFA periodici.	8,15% farmaceutica diretta	8,15% farmaceutica diretta	8,15% farmaceutica diretta	8,15% farmaceutica diretta	8,15% farmaceutica diretta		
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione - monitoraggio AIFA periodici.	7% farmaceutica convenzionata	7% farmaceutica convenzionata	7% farmaceutica convenzionata	7% farmaceutica convenzionata	7% farmaceutica convenzionata		
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata		
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica - distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto		
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica territoriale diretta (90%)	81,00 territoriale diretta	81,00 territoriale diretta	81,00 territoriale diretta	81,00 territoriale diretta	81,00 territoriale diretta		
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica ospedaliera	-2,5%	-1,0%	-1,0%	-0,5%	-0,5%		Su indicazione del Servizio Farmaceutico della Direzione Centrale Salute, si propone di inserire all'interno delle linee progettuali l'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera presenti nel cap. 13 delle Linee annuali per la gestione Si rimanda per tutte le Aziende all'allegato 3 (Categoria A)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaci oncologici	mantenimento 2022	mantenimento 2022	mantenimento 2022	mantenimento 2022	mantenimento 2022	target 2023	Su indicazione del Servizio Farmaceutico della Direzione Centrale Salute, si propone di inserire all'interno delle linee progettuali l'obiettivo assegnato per i farmaci oncologici ed emato-oncologici presenti nel cap. 13 delle Linee annuali per la gestione Si rimanda per tutte le Aziende all'allegato 3 (Categoria A)
6.2	Contenimento farmaceutica appropriata prescrivibile	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto inviato alla DCS, e ad ARCS di due report di sintesi avviato nel 2022, in tema di promozione presso la medicina sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si favorisce nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo evincano: efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di processo e di risultato; molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale; - Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei (es. rispetto della nota 99 per BPCC, etc), anche medicinali e al contenimento della spesa sia a medio e scorporo, rispetto nota 99 per BPCC, etc), anche medicinali e al contenimento della spesa sia a medio coinvolgendo le strutture private accreditate quando che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul rilascio di PI); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - Report inviati nei termini, si/no (peso 30%) massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)</p> <p>entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)</p> <p>entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)</p>	<p>entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)</p> <p>entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)</p> <p>entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.		
6.2	Contenimento farmaceutica appropriata prescrivibile	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto inviato alla DCS, e ad ARCS di due report di sintesi avviato nel 2022, in tema di promozione presso la medicina sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si favorisce nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo evincano: efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di processo e di risultato; molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale; - Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei (es. rispetto della nota 99 per BPCC, etc), anche medicinali e al contenimento della spesa sia a medio e scorporo, rispetto nota 99 per BPCC, etc), anche medicinali e al contenimento della spesa sia a medio coinvolgendo le strutture private accreditate quando che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul rilascio di PI); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - Report inviati nei termini, si/no (peso 30%) massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	<p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p> <p>entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)</p>	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.		

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale ASUGI Indicatore 1		<p>Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>	<= 23,50						
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale ASUGI Indicatore 2		<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età >45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>	alta aderenza >= 41,53 (mantenimento / miglioramento 2021)						
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale ASUGI Indicatore 3		<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età >45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>	bassa aderenza <= 21,00 (mantenimento / miglioramento 2021)						
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale ASUFC Indicatore 1		<p>Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>		20,47 (mantenimento 2021)					
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale ASUFC Indicatore 2		<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età >45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>		alta aderenza >= 42,95 (mantenimento / miglioramento 2021)					

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.3	Appropriatezza prescrittiva - indicatori in ambito territoriale ASUFC Indicatore 3		<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età >45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED).</p> <p>1 dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%.</p> <p>Modalità di valutazione: 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>	target 2023	target 2023 bassa aderenza <= 13,89 (mantenimento / miglioramento 2021)	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.3	Appropriatezza prescrittiva - indicatori in ambito territoriale ASFO Indicatore 1		<p>Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</p> <p>Modalità di valutazione: 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>			<= 21,50				
6.3	Appropriatezza prescrittiva - indicatori in ambito territoriale ASFO Indicatore 2		<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED).</p> <p>1 dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%.</p> <p>Modalità di valutazione: 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>			alta aderenza >= 33,4% (target OSMED)				
6.3	Appropriatezza prescrittiva - indicatori in ambito territoriale ASFO Indicatore 3		<p>- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età >45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED).</p> <p>1 dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%.</p> <p>Modalità di valutazione: 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto</p>			bassa aderenza <= 24,38 (mantenimento / miglioramento 2021)				

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	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.	<p>Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche (per la parte appropriata) si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)</p>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Si chiede la predisposizione di una reportistica unica per tutte le aziende che favorisca la rendicontazione uniforme.
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	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.	<p>Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche (per la parte appropriata) si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)</p>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Si chiede la predisposizione di una reportistica unica per tutte le aziende che favorisca la rendicontazione uniforme.
6.5	Gestione delle terapie con ormeone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormeone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	<p>Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/08/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nei corsi di formazione degli autoiniettori proposti e realizzati.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no</p>	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
6.5	Gestione delle terapie con ormeone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormeone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	<p>Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/08/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nei corsi di formazione degli autoiniettori proposti e realizzati.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no</p>	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2023 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2024 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Si chiede la predisposizione di una reportistica unica per tutte le aziende che favorisca la rendicontazione uniforme.
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. Si chiede la predisposizione di una reportistica unica per tutte le aziende che favorisca la rendicontazione uniforme.
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci (dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari	Relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati. Documento da inviare entro il 31.12.2023. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Documenti inviati nei termini: si/no (peso 30%)</i> <i>Indicatori positivi in base all'obiettivo assegnato: si/no (peso 70%)</i>	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	X		ASUFC: L'Azienda garantirà l'attività prevista CRO: l'Istituto non ha inserito la progettualità nel proprio Piano Attuativo Ospedaliero Si rimanda per il CRO all'allegato 3 (Categoria A)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi, viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti, nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantire l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di costi sharing, pay-back e risk sharing. Per la dispensazione del medicinale viene inoltre utilizzato il "flag innovatività" nei casi previsti, ai fini di consentire la puntuale rilevazione del dato per la relativa linea sovraziedale.</p>	<p>Inserimento dati a registro con particolare riferimento ai medicinali innovativi (oncologici e non) e nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti extra regione, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività; - pazienti FVG e del flag "innovatività" in fase di dispensazione, laddove previsto, per consentire il confronto tra dati della piattaforma AIFA e dati FVG, ai fini del calcolo della rispettiva linea sovraziedale. <p>La DCS invierà con periodicità trimestrale i dati della piattaforma AIFA sulle dispensazioni innovative per le successive verifiche, ai fini del calcolo della spesa sostenuta. Il dato AIFA, verificato e implementato dalle Aziende con l'effettiva spesa, costituirà la fonte ufficiale per la copertura della sovraziedale.</p> <p>Indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, in relazione all'inserimento pz extraregione, inserimento pz FVG e flag innovatività e riscontro richieste di verifica sui dati AIFA. <p>Modalità di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali sino al 30%</i> - <i>Riscontri alle verifiche della DCS sui dati AIFA vs dati FVG nei termini: sino (peso 70%).</i> 	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA</p> <p>Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicurano l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale. La DCS valuterà l'implementazione dei verticali regionali per la completezza dei dati derivanti dall'applicativo Log80.</p>	<p>Erogazione/comministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2, dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente.</p> <p>Indicatore: Rilevazione della spesa di competenza lente (dato erogato) con copertura del dato della AS di residenza > 90%</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dato residenza / spesa > 90%; raggiunto - dato residenza / spesa tra 85% e 90%; parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%; non raggiunto 	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.</p> <p>Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.</p>	<p>% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 95%.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - % ≥ 95%; obiettivo raggiunto - % tra 85% e 95%; obiettivo parzialmente raggiunto - % < 85%; obiettivo non raggiunto 	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO</p> <p>Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.</p> <p>Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.</p>	<p>- riduzione della % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo, rispetto all'anno precedente, al netto di registri AIFA o pz extra-regione.</p> <p>La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indicate con iter cartaceo anche verso altre Aziende (RCCS), per le successive azioni di sensibilizzazione.</p> <p>Modalità di valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> % cartaceo 2023 < % cartaceo 2022 = raggiunto % cartaceo 2023 > = % cartaceo 2022 = non raggiunto 	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.7	<p>Informazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</p> <p>6.7</p>	<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Mantenimento per tutte le Aziende del ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>	<p>% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 70%.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto</p>	> 70%	> 70%	> 70%				ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
6.7	<p>Informazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</p> <p>6.7</p>	<p>PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI</p> <p>Mantenimento per tutte le Aziende del ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.</p>	<p>Burlo: % PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni pediatriche > 70% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS.</p> <p>Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 70%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2024.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto</p>	> 70%		X				ASUFC: L'Azienda garantirà l'attività prevista CRO: l'Istituto non ha inserito la progettualità nel proprio Piano Attuativo Ospedaliero Si rimanda per il CRO all'allegato 3 (Categoria A)
6.7	<p>Informazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica</p> <p>6.7</p>	<p>Azioni di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento in almeno 5 categorie di medicinali/ principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%</p>	<p>Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2022 >= 50%</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018 - % PT informatizzati ≥ 50% in tutte le 5 categorie: raggiunto - % PT informatizzati ≥ 50% in 3 o 4 categorie: parzialmente raggiunto - % PT informatizzati ≥ 50% in meno di 3 categorie: non raggiunto</p>	Aumento >= 50% in 5 categorie	Aumento >= 50% in 5 categorie	Aumento >= 50% in 5 categorie	Aumento >= 50% in 5 categorie	Aumento >= 50% in 5 categorie		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
6.8	<p>Farmacovigilanza</p> <p>6.8</p>	<p>Gli Enti avviano specifiche attività di farmacovigilanza (FV) che tempistica in RN di farmacovigilanza attiva, coordinate dai RILEV, sia iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari all'FV.</p>	<p>Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione in RN di farmacovigilanza attiva, coordinate dai RILEV, sia iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari all'FV.</p>	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate	evidenza azioni avviate		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. L'Azienda garantirà l'attività di audit interni nei reparti segnalatori, con relativa formazione.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFR	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
			<p>1. Segnalazione in RNF per tutti i medicinali soggetti a registro AIFA per i quali la chiusura del trattamento riporta la motivazione "tossicità da medicinale" segnalate in RNF in rapporto alle "tossicità da medicinale" riportate nella scheda di chiusura trattamento dei registri AIFA</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> % segnalazione = 100% obiettivo raggiunto % segnalazione > 85% < 99% obiettivo parzialmente raggiunto % segnalazione < 85% obiettivo non raggiunto</p> <p>Ai fini della valutazione il CRFV predispone e invia agli Uffici del SSR con cadenza trimestrale un report grafico con evidenza dei trattamenti chiusi per "tossicità da medicinale". I RLFV daranno evidenza dell'avvenuta segnalazione in RNF della "tossicità a medicinale" riportando in tabella il corrispondente ID AIFA della segnalazione associata all'evento. Qualora la voce "tossicità a medicinale" non figuri nell'estrazione dati, verrà richiesta ai RLFV una verifica sulle chiusure per "tossicità", al fine di stabilire se opportuna la segnalazione in RNF.</p>	100% segnalazioni in RNF	100% segnalazioni in RNF	100% segnalazioni in RNF	100% segnalazioni in RNF	100% segnalazioni in RNF	100% segnalazioni in RNF	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. L'Azienda garantirà l'attività di audit interni nei reparti segnalatori, con relativa formazione.
6.8	Farmacovigilanza	<p>1. Misure di FV attive: i RLFV effettuano un monitoraggio della segnalazione in Rete nazionale di FV (RNF) delle sospette reazioni avverse (ADR) ai medicinali soggetti a registro di monitoraggio AIFA. Dall'analisi dei dati relativi agli anni 2021 e 2022 si evidenzia infatti un fenomeno di sottosegnalazione rispetto all'atteso, in quanto solo per il 33% (4/12 nel 2021 e 2/6 nel 2022) delle schede AIFA chiuse con motivazione "tossicità da medicinale" si riscontra una segnalazione in RNF.</p>	<p>2. Promozione e avvio nel 2023 di almeno un evento di FV (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV).</p> <p>Indicatore di risultato: Numero di iniziative promosse da ciascuna Azienda/IRCCS in tema di farmacovigilanza su tematiche quali i nuovi percorsi di segnalazione e l'importanza della farmacovigilanza nel postmarketing.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> Invio al CRFV entro il 31.10.2023 di comunicazione riportante il dettaglio degli eventi organizzati ed avviati con relativo aggiornamento dei portali web aziendali dedicati alla FV. Comunicazione inviata nei termini e congrua nei contenuti (invio di almeno un evento e aggiornamento del portale web); sì/no</p>	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. L'Azienda garantirà l'attività di audit interni nei reparti segnalatori, con relativa formazione.	
6.8	Farmacovigilanza	<p>2. Sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il tramite dei RLFV, sui percorsi di segnalazione in considerazione del passaggio alla nuova rete nazionale di farmacovigilanza (attiva dal 20.06.2022) e promozione della cultura della farmacovigilanza.</p>	<p>Presentazione ad ARCS e DCS di una relazione entro il 28/02/2024</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> 1. Relazione inviata nei termini; sì/no (peso 20%) 2. Evidenza dei dati di monitoraggio nel corso dell'anno 2023 Fv dei suoi esiti come da relazione, relativamente a: 2a I dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 (peso 40%) 2b I dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM) (peso 40%).</p>	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste. L'Azienda garantirà l'attività di audit interni nei reparti segnalatori, con relativa formazione.	
6.9	Assistenza integrativa	<p>Le Aziende monitorano i dati di spesa e di consumo ed eventuali indicatori definiti in ambito aziendale:</p> <p>1. dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 2. dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)</p>								

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
6.11	Vigilanza sui dispositivi medici	Gli Enti del SSR assicurano le attività di vigilanza nel rispetto delle disposizioni nazionali e delle indicazioni ministeriali. Supportano inoltre i Responsabili regionali della vigilanza (RRV) garantendo i riscontri richiesti dalla DCS nei tempi indicati, con particolare riferimento alla gestione degli avvisi di sicurezza	Gli Enti del SSR danno riscontro alle richieste formulate dalla DCS, nei termini e nelle modalità indicate <i>Valutazione: garantito il riscontro entro i termini e modalità indicate per tutte le richieste.</i> <i>entro i termini e con rispetto delle modalità indicate: obiettivo raggiunto;</i> <i>b. entro sette giorni dopo la scadenza, o con modalità diverse da quelle indicate: obiettivo parzialmente raggiunto;</i> <i>c. con ritardo superiore a sette giorni: obiettivo non raggiunto.</i>	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS ottimizza i tempi per l'approvvigionamento centralizzato dei medicinali a maggior impatto clinico e/o di spesa, (ad es) farmaci innovativi, di Classe H, A-PHT, gli antidoti, ...)	La Direzione di ARCS approva una procedura per assicurare la minimizzazione dei tempi di acquisizione e messa a disposizione degli Enti del SSR dei medicinali a maggior impatto clinico e/o di spesa	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	procedura approvata e trasmessa a DCS entro 30.4.2023	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS ottimizza i tempi per l'approvvigionamento centralizzato dei medicinali a maggior impatto clinico e/o di spesa, (ad es) farmaci innovativi, di Classe H, A-PHT, gli antidoti, ...)	ARCS applica la procedura e realizza la minimizzazione dei tempi della messa a disposizione dei medicinali per almeno per il 90 % dei minsan acquistati. ARCS predispone una relazione quali-quantitativa della sua applicazione entro il 28.2.2024 <i>Modalità di valutazione:</i> <i>1. approvazione di una procedura entro il 30/4/2023 e trasmissione alle DCS della procedura e di una relazione, in formato elettronico, della sua applicazione entro il 28/2/2024;</i> <i>a. numero di medicinali (minsan) acquistati nel secondo semestre 2023 nel rispetto delle tempistiche della procedura > 90% raggiunto</i> <i>b. numero di medicinali (minsan) acquistati nel secondo semestre 2023 nel rispetto delle tempistiche della procedura da 80 a 95% parzialmente raggiunto</i> <i>c. numero di medicinali (minsan) acquistati nel secondo semestre 2023 nel rispetto delle tempistiche della procedura < 80% non raggiunto</i>	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	% di medicinali (minsan) acquistati nel rispetto delle tempistiche della procedura > 90% e trasmissione relazione quali-quantitativa dell'applicazione della procedura a DCS entro 28.2.2024	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS, in collaborazione con gli Enti del SSR, monitora periodicamente l'applicazione della procedura di "gestione del magazzino" e ne rileva le ricadute anche in termini di riduzione dei volumi e dei costi dei prodotti inutilizzati e/o scaduti	ARCS predispone, in collaborazione con gli Enti del SSR un report di monitoraggio dei volumi e dei costi dei farmaci inutilizzati e/o scaduti nel 2023 rispetto all'anno precedente e lo trasmette alla DCS entro il 28/2/2024 <i>Modalità di valutazione:</i> <i>documento inviato nei termini s/no</i>	collaborazione alla predisposizione del report	collaborazione alla predisposizione del report	collaborazione alla predisposizione del report	collaborazione alla predisposizione del report	collaborazione alla predisposizione del report	report di monitoraggio trasmesso a DCS entro 28.2.2024	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	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, costsharing e payment by results)	ARCS invia periodicamente alla DCS l'evidenza dei ristori effettuati. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Ristori effettuati: s/no</i>	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	riscontro garantito entro i termini	invio periodico a DCS dei ristori effettuati	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023				
										target 2023	target 2023			
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 e per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici (punto 1)	<p>1. Il tavolo di lavoro definisce entro trenta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione un cronoprogramma delle attività già concordate con la DCS nel 2022;</p> <p>a. lo sviluppo di indicatori di monitoraggio per una possibile successiva definizione di obiettivi per le Aziende finalizzati a conseguire ricadute economiche/di appropriatezza positive per il SSR;</p> <p>b. verifica quantitativa ed economica dei DM annualmente scaduti, e identificazione di potenziali criticità correlate, da elaborare anche in collaborazione con gli altri enti;</p> <p>c. definizione di una proposta di correlazione tra i consumi di specifiche categorie / prodotti e volumi di attività con raffronto tra Enti, identificazione di eventuali disallineamenti dei dati di consumo aziendali rispetto ad un valore medio regionale/aziendale e delle criticità correlate.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%);</p> <p>2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%);</p> <p>3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).</p>	collaborazione alle attività definite con ARCS	collaborazione alle attività definite con ARCS	collaborazione alle attività definite con ARCS	collaborazione alle attività definite con ARCS	collaborazione alle attività definite con ARCS	entro 30 gg dall'approvazione definitiva delle linee per la gestione del SSR: definizione cronoprogramma					
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 e per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici (punto 2)	<p>2. ARCS trasmette alla DCS e alle Aziende due report di monitoraggio della spesa e dei consumi di DM, uno entro il 31/7/2023 e uno entro il 31/12/2023;</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro il quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%);</p> <p>2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%);</p> <p>3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).</p>							1 report entro 31.7.2023 invio a DCS				
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 e per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici (punto 3)	<p>3. ARCS trasmette alla DCS una relazione sulle attività svolte.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro il quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%);</p> <p>2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%);</p> <p>3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).</p>								1 report entro 31.12.2023 invio a DCS			
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 e per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici (punto 3)	<p>3. ARCS trasmette alla DCS una relazione sulle attività svolte.</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i></p> <p>1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro il quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%);</p> <p>2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%);</p> <p>3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).</p>										relazione attività inviata a DCS entro 28.2.2024	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (dm Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS	Nel 2023 ARCS, in attuazione dell'obiettivo ARCS entro trenta giorni dall'approvazione delle presenti Linee per la gestione del SSR organizza, convoca e coordina un tavolo di lavoro con la partecipazione degli Enti del SSR; ARCS informa preventivamente la DCS sui lavori del tavolo (modalità, tempistiche, argomenti affrontati, interesse e dove ritenga di fornire specifici indirizzi.	partecipazione ai tavoli	partecipazione ai tavoli	partecipazione ai tavoli	partecipazione ai tavoli	partecipazione ai tavoli	30 gg dall'approvazione definitiva delle Linee per la gestione definitive: convocazione tavolo di lavoro regionale	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (dm Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS	1. ARCS relazione mensilmente sull'attività svolta;						mensilmente report attività inviato a DCS	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (dm Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS	2. ARCS trasmette alla DCS la propria proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari entro il termine del 30/04/2023;						entro 30.4.2023 proposta trasmessa alla DCS	ARCS: Il registro previsto dal dm 207/2022 è già definito in maniera puntuale nei campi da alimentare e il contenuto di tali campi non è normalmente reperibile dagli attuali sistemi informativi. Inoltre, il Ministero metterà a disposizione uno specifico portale per l'alimentazione del registro. Un eventuale informatizzazione della scheda di raccolta dati potrebbe essere prevista nell'ambito dell'introduzione della nuova cartella clinica informatizzata, non si ritiene possibile in breve tempo invece intervenire in maniera strutturata su G2 clinico, sarebbe inoltre da costruire l'interacciamento tra la scheda informatizzata in G2 e il portale ministeriale. Si ritiene che l'avvio del registro riguardi più un aspetto organizzativo aziendale e di modifica della documentazione clinica che di processo informatico. Si chiede pertanto lo stralcio di tale indicatore ovvero la ridefinizione e il riorientamento verso le aziende che operativamente dovranno occuparsi della raccolta dati e dei rapporti con le strutture private (sia convenzionate che non) che afferiscono al proprio territorio.
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (dm Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS	3. ARCS trasmette alla DCS la propria proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico degli UDI (UDI-DI e UDI-PI), per tutte le classi di rischio per l'ambito pubblico e privato entro il termine del 31/12/2023 o entro il minor termine che si renda necessario rispettare per l'adempimento di sopravvenuti obblighi normativi emanati a livello nazionale.						invio proposta a DCS entro 31.12.2023 (o minor termine per sopravvenute modifiche normative nazionale)	Si rimanda per ARCS all'allegato 3 (Categoria B)

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023	
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023		
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale. (punto 1)	1. ARCS, in collaborazione con gli enti del SSR, avvia entro il 31/03/2023 un tavolo di lavoro per definire i parametri a cui allineare le scorte regionali di antidoti per intossicazioni acute e la loro allocazione in ambito territoriale e ne dà comunicazione alla DCS. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023; si/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023; si/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024; si/no (peso 40%)	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	entrambi i documenti predisposti e adottati entro il 30/09/2023	entrambi i documenti predisposti e adottati entro il 30/09/2023	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale. (punto 2)	2. Il tavolo di lavoro produce, entro il 30/09/2023, un documento operativo. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023; si/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023; si/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024; si/no (peso 40%)	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	entrambi i documenti predisposti e adottati entro il 30/09/2023	entrambi i documenti predisposti e adottati entro il 30/09/2023	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale. (punto 3)	3. ARCS, ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO e CRO danno completa applicazione al documento operativo entro il 31/12/2023. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023; si/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023; si/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024; si/no (peso 40%)	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	entrambi i documenti predisposti e adottati entro il 31.12.2023	entrambi i documenti predisposti e adottati entro il 31.12.2023	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Aggiornamento del "Protocollo operativo per la gestione della Logistica centralizzata" (di cui ai decreti del DG EGAS n. 135/2016 e n. 129/2018) in funzione del nuovo modello organizzativo della logistica centralizzata, degli strumenti operativi previsti dall'appalto in fase di avvio, del nuovo sistema informativo amministrativo – contabile, mediante la costituzione di specifico gruppo di referenti aziendali	Predisposizione del documento e sua adozione con atti formali da parte dei singoli Enti del S.S.R. entro il 31/12/2023.	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	documentazione predisposta e adottata entro il 31/12/2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività e le collaborazioni previste
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio externalizzato	Analisi della consistenza della documentazione cartacea conservata presso i locali del gestore del servizio externalizzato tramite verifica della correttezza applicativa dei principi previsti dai massimali di settore entro il 31/05/2023.	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	analisi effettuata entro il 31/05/2023	analisi effettuata entro il 31/05/2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività e le collaborazioni previste
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio externalizzato	Verifica della fattibilità e dell'impatto del processo di digitalizzazione dei documenti cartacei, per la realizzazione di una progressiva dematerializzazione; individuazione del modello organizzativo e gestionale del servizio externalizzato, gestionale dei flussi documentali e definizione delle specifiche tecniche del nuovo capitolato di gara per l'attivazione della nuova procedura, entro il 31/12/2023.	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	verifica di fattibilità ed individuazione del modello organizzativo entro il 31/12/2023	verifica di fattibilità ed individuazione del modello organizzativo entro il 31/12/2023	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività e le collaborazioni previste
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficienza propria pianificazione degli acquisti centralizzati della spesa degli Enti del SSR	ARCS, entro il 31 ottobre di ogni anno, adotta la propria pianificazione degli acquisti centralizzati dopo aver sentito gli Enti del SSR;						pianificazione adottata entro il 31.10.2023	pianificazione adottata entro il 31.10.2023	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa degli Enti del SSR	- Gli Enti del SSR, entro il 30 novembre di ogni anno, aderiscono alla pianificazione di ARCS sulla base dei propri fabbisogni e possono avanzare proposte per eventuali integrazioni e/o modifiche;	adesione entro 30.11.2023	adesione entro 30.11.2023	adesione entro 30.11.2023	adesione entro 30.11.2023	adesione entro 30.11.2023		ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività e le collaborazioni previste
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa degli Enti del SSR	- ARCS, entro il 31 dicembre di ogni anno, si pronuncia in merito alle richieste di integrazione e/o modifiche presentate dagli enti						pronuncia su richieste aziende entro il 31.12.2023	
7.3	Concorsi centralizzati	Realizzazione procedure concorsuali centralizzate riferite alla copertura dei posti a tempi indeterminati dei seguenti profili: - c.t.p. informatico - a.t. geometra - infermiere - infermiere pediatrico - collaboratore amministrativo - assistente sanitario - assistente amministrativo - Tecnico Prevenzione Ambienti Lavoro - Tec. San. Laboratorio Biomedico - Tec. San. Radiologia Medica - Tec. Audiometrista - Ostetrica - Dietista - Tec. Riab. Psichiatrica	Adozione graduatorie entro il 31.12.2023						graduatorie adottate entro il 31.12.2023	
7.4	Attività di coordinamento	Coordinamento dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Costituzione di un tavolo interaziendale con i RPCT e loro personale di supporto degli Enti del SSR FVG entro il 30/4	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.4	Attività di coordinamento	Coordinamento delle attività dei Responsabili degli acquisti e dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilità ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- ARCS definisce, sentiti gli Enti del SSR, i programmi operativi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023;	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	programmi operativi definiti entro 30.5.2023	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- Gli enti del SSR collaborano ai programmi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo da parte di ARCS nelle materie di cui all'art. 4, comma 4, lett. c) della l.r. n. 27/2018	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS		ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione strutturata dell'art. 4, comma 4, lett. f), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge le funzioni di monitoraggio e vigilanza sugli Enti del SSR nel rispetto degli indirizzi e indicazioni generali della DCS	- ARCS definisce, sentiti gli enti del SSR, i programmi operativi di monitoraggio e vigilanza da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	programmi di monitoraggio definiti entro 30.5.2023	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR (programma operativo regionale)	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 - Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale	Avvio di almeno un processo di transizione entro il 30/09/2023	>=1 processo di transizione avviato entro 30/9/2023	>=1 processo di transizione avviato entro 30/9/2023	>=1 processo di transizione avviato entro 30/9/2023	>=1 processo di transizione avviato entro 30/9/2023	>=1 processo di transizione avviato entro 30/9/2023		ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore					note aziendali Preventivo 2023	
			ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	
			target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - Digitalizzazione Ospedali DEA DI I E II LIVELLO: Progetto "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cantella Clinica Integrata".	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: In relazione all'ambito della Missione 6, Componente 2 Investimento 1.1.1, secondo le indicazioni ricevute dalla DCSPSeD è stato necessario rivedere la programmazione degli interventi e si sta procedendo secondo le indicazioni condivise. Si chiede pertanto di allineare i risultati attesi come da riprogrammazione regionale Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (Categoria B)
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - Digitalizzazione Ospedali DEA DI I E II LIVELLO: Progetto "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cantella Clinica ogni Ospedale DEA entro il 31/05/2023 Integrata".	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	ASUFC: In relazione all'ambito della Missione 6, Componente 2 Investimento 1.1.1, secondo le indicazioni ricevute dalla DCSPSeD è stato necessario rivedere la programmazione degli interventi e si sta procedendo secondo le indicazioni condivise. Si chiede pertanto di allineare i risultati attesi come da riprogrammazione regionale Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (Categoria B)
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - Digitalizzazione Ospedali DEA DI I E II LIVELLO: Progetto "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cantella Clinica ospedale DEA per ogni Ospedale DEA entro il 31/10/2023 Integrata".	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	In relazione all'ambito della Missione 6, Componente 2 Investimento 1.1.1, secondo le indicazioni ricevute dalla DCSPSeD è stato necessario rivedere la programmazione degli interventi e si sta procedendo secondo le indicazioni condivise. Si chiede pertanto di allineare i risultati attesi come da riprogrammazione regionale Si rimanda per ASUFC all'allegato 3 (Categoria B)
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 1.3.2.4 NUOVI FLUSSI INFORMATIVI NSIS • Assistenza riabilitativa • Consulenti • Ospedali di comunità • Servizi di assistenza primaria	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITA' CONNESSA	attuazione assicurata	attuazione assicurata	attuazione assicurata	attuazione assicurata	attuazione assicurata	attuazione assicurata	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Approvazione del cronoprogramma per l'avvio di almeno 3 enti nel corso del 2023 entro il 28/02/2023.	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023 (qualora coinvolta)	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023 (qualora coinvolta)	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023 (qualora coinvolta)	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023 (qualora coinvolta)	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Assicurare l'avviamento degli enti secondo il cronoprogramma.	avviamento secondo cronoprogramma (qualora coinvolta)	avviamento secondo cronoprogramma (qualora coinvolta)	avviamento secondo cronoprogramma (qualora coinvolta)	avviamento secondo cronoprogramma (qualora coinvolta)	avviamento secondo cronoprogramma	avviamento secondo cronoprogramma	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale viene assicurata la partecipazione alle attività di competenza.
8.3	Piani terapeutici case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (Obiettivo trasversale con l'assistenza farmaceutica)	Avvio dell'iter per l'integrazione dei sistemi informativi delle case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (Obiettivo trasversale con l'assistenza farmaceutica)	Fattibilità e avvio in almeno un'azienda sanitaria dell'applicativo PSM-PT nelle case di cura private accreditate per la successiva integrazione con il Sistema TS. Formazione sull'utilizzo dello strumento ed evidenza dell'attivazione (rilascio di PT informatizzati) nelle strutture accreditate delle aziende interessate entro fine 2023.	evidenza avvio (se coinvolta)	evidenza avvio (se coinvolta)	evidenza avvio (se coinvolta)	evidenza avvio (se coinvolta)	evidenza avvio (se coinvolta)	evidenza avvio (se coinvolta)	
8.4	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	> = 75% partecipazione	> = 75% partecipazione	> = 75% partecipazione	> = 75% partecipazione	> = 75% partecipazione	> = 75% partecipazione	ASUFC: L'azienda assicura la collaborazione richiesta.
8.5	Sicurezza Informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Individuazione dei referenti aziendali per la sicurezza informatica	referenti individuati e comunicati alla DCS	referenti individuati e comunicati alla DCS	referenti individuati e comunicati alla DCS	referenti individuati e comunicati alla DCS	referenti individuati e comunicati alla DCS	referenti individuati e comunicati alla DCS	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
8.5	Sicurezza Informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Partecipazione agli incontri del gruppo regionale per la sicurezza informatica	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	ASUFC: A livello aziendale vengono assicurate le attività previste.
8.6.1	Continuità sistema PACS regionale	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2028	ARCS, d'intesa con la DCS e con l'opportuno coinvolgimento di stakeholder, istituzioni e scientifici, già individuati e con il supporto delle risorse tecniche delle Aziende del SSR, individua entro il 15.05.2023 una soluzione per garantire la continuità dei servizi del sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. Le Aziende garantiscono il supporto necessario da parte delle proprie risorse tecniche secondo il piano di coinvolgimento che sarà redatto da ARCS.	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	entro il 15.5.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
8.6.2	Servizi collegati all'utilizzo del fascicolo sanitario per l'operatore clinico	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	INSIEL procede con la messa a punto, nel contesto del nuovo scenario PACS regionale e in un percorso di analisi di impatto ai sensi del GDPR con il coinvolgimento dei titolari dei dati trattati, del prototipo di uno strumento di condivisione di referti e immagini a livello interaziendale in regime emergenziale. ARCS, d'intesa con la DCS, coordina le attività di sviluppo e poi nella fase di attivazione presso le Aziende del SSK, che dovranno garantire l'adeguato supporto tecnico e clinico. INSIEL, ai sensi del GDPR, porta a termine un percorso di analisi di impatto del nuovo strumento prototipale con il coinvolgimento dei titolari dei dati trattati. Le Aziende garantiscono il supporto tecnico e clinico per l'avvio della fase di implementazione e di primo utilizzo operativo.	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	coordinamento delle attività di sviluppo e attivazione presso l'Azienda pilota	ASUFC garantisce il supporto richiesto.
8.6.2	Servizi collegati all'utilizzo del fascicolo sanitario per l'operatore clinico	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Entro dicembre 2023 il prototipo viene attivato almeno presso un sito pilota	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	individuazione sito pilota	ASUFC garantisce il supporto richiesto.
8.6.3	Piattaforma di refertazione radiologica ai sensi del D. Lgs. 101/2020	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	A valle dell'aggiudicazione da parte di INSIEL della gara per l'acquisizione della piattaforma SW per la gestione digitalizzata del dato dosimetrico e delle attività della Fisica Sanitaria, ARCS, d'intesa con la DCS, coordina le attività di predisposizione, installazione e avviamento presso l'Azienda sanitaria pilota e poi a seguire presso le altre Aziende, nel rispetto del cronoprogramma definito in sede di gara. Entro un mese dalla sottoscrizione del contratto con l'aggiudicatario, viene predisposto da ARCS, con il supporto delle risorse tecniche delle Aziende sanitarie, e con l'aggiudicatario l'aggiornamento del cronoprogramma di dettaglio per l'avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi a seguire presso le altre strutture regionali. Le Aziende garantiscono il supporto: • per la definizione del cronoprogramma delle attività di avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi presso le altre Aziende; • per l'implementazione, la configurazione e la messa in servizio della piattaforma all'interno delle proprie strutture; • al DEC del contratto delle competenze specialistiche necessarie per attestare la regolare esecuzione dei servizi oggetto di fornitura	supporto alle attività coordinate da ARCS	supporto alle attività coordinate da ARCS	supporto alle attività coordinate da ARCS	supporto alle attività coordinate da ARCS	supporto alle attività coordinate da ARCS	cronoprogramma entro 30 gg dalla sottoscrizione contratto	ASUFC garantisce il supporto richiesto.
9	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	utilizzo corretta codifica	utilizzo corretta codifica	utilizzo corretta codifica	utilizzo corretta codifica	utilizzo corretta codifica	utilizzo corretta codifica	
9	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	Tutte le Aziende: Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
9	Flussi informativi	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 informativi 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.						evidenza segnalazioni alla DCS	
10.2	Piano per riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera emergenza COVID	Monitoraggio, controllo e verifica delle rendicontazioni circa gli interventi previsti dal Piano	Trasmissione alla DCS del file di monitoraggio predisposto dal IdMS						invio monitoraggio alla DCS	
10.5.2	Programmazione 2024	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2024 entro il 15 settembre 2023 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti	PPI adottato entro 15.9.2023	PPI adottato entro 15.9.2023	PPI adottato entro 15.9.2023	PPI adottato entro 15.9.2023	PPI adottato entro 15.9.2023	PPI adottato entro 15.9.2023	
10.5.2	Programmazione 2024	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	trasmettere al NVSS i PPI 2024 adottati dagli Enti del SSR, accompagnata da una relazione, sulla programmazione complessiva degli Enti del SSR entro il 15 ottobre 2023						relazione trasmessa alla DCS entro 15.10.2023	
10.5.4	Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti	Controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR	ARCS proseguirà nelle attività di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR						evidenza attività	
11.4.8	Sistema gestionale personale	Implementazione delle tabelle e dei sistemi gestionali aziendali dedicati al personale del SSR nei tempi e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, INSIEL e GFI.	dati implementati e visibili all'interno del cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Percorsi formativi di valenza regionale previsti dal Piano della Formazione Regionale (PFR)	I percorsi formativi di valenza regionale previsti nel Piano saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR, indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza trimestrale.	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Stesura del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	Trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	eventuale aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	
11.4.8	Programmazione della formazione	LA RELAZIONE ANNUALE REGIONALE Redazione della relazione annuale regionale	redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2022 entro il 31 maggio 2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	
11.4.8	Programmazione della formazione	CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE PNRR, Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CRO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
11.4.8	Programmazione formazione	INCREMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI DEI PROFESSIONISTI DEL SISTEMA SANITARIO. PIANO OPERATIVO SULLA FORMAZIONE FSE	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	evidenza realizzazione attività	
11.4.8	Programmazione formazione	PNRR Missione 6 Salute Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)								
11.4.8	Programmazione formazione	ATTIVAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI REGIONALI DEDICATI ALL'INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA' (IFoC)	Accreditamento ECM dei corsi formativi regionali dedicati all'infermiere di famiglia o comunità (IFoC)						100% dei corsi accreditati	
11.4.8	Programmazione formazione	ATTIVAZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI REGIONALI DEDICATI ALL'INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITA' (IFoC)	Collaborare con la DCS alle attività per l'avvio della formazione Regionale dell'infermiere di famiglia e di comunità (come da DGR 1484/2022)						evidenza avvio del percorso formativo	
11.4.8	Programmazione formazione	FORMAZIONE MANAGERIALE E FORMAZIONE SPECIALISTICA TECNICO-AMMINISTRATIVA	Avvio delle iniziative formative: - Direttori di struttura complessa di area sanitaria (1 edizione 2023 e avvio di un corso "refresh") - Corso per dirigenti amministrativi e tecnico-professionali (espletamento procedure); - Accreditamento dei corsi per dirigenti delle professioni sanitarie e dei corsi "middle management"						100% dei corsi e/o delle procedure sono avviati	
11.4.8	Programmazione formazione	Formazione middle management e definizione dei profili di competenze (area infermieristica e osteristica)	- attivazione del tavolo tecnico e relativo coordinamento da parte di ARCS						attivazione tavolo tecnico e coordinamento attività	
11.4.8	Programmazione formazione	Formazione middle management e definizione dei profili di competenze (area infermieristica e osteristica)	- partecipazione dei referenti aziendali individuati ad almeno il 90% delle riunioni del tavolo	partecipazione >= 90%	partecipazione >= 90%	partecipazione >= 90%	evidenza partecipazione	partecipazione >= 90%		
11.4.8	Programmazione formazione	Formazione middle management e definizione dei profili di competenze (area infermieristica e osteristica)	- Redazione del documento contenente: a) definizione delle competenze core specifiche delle varie professioni sanitarie anche tenendo conto del nuovo CCNL 2019-2021; b) definizione degli indicatori per l'inserimento, la valutazione della performance individuale e dell'assessment periodico. Invio alla DCS da parte di ARCS di una relazione finale che dia evidenza: - dell'attività svolta - della partecipazione delle aziende in termini di presenza - del percorso - della proposta di documento	partecipazione >= 90%	partecipazione >= 90%	partecipazione >= 90%	evidenza partecipazione	partecipazione >= 90%	relazione finale e documento trasmesso alla DCS entro il 31.12.2023	
11.4.8	Programmazione formazione	CENTRO DI FORMAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA	Aggiornamento dell'elenco degli Animatori d'aula e docenti di contenuto						evidenza aggiornamento elenco	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASUGI	ASUFC	ASFO	BURLO	CFO	ARCS	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	target 2023	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	PROGETTO Q.U.A.N. (Quality Autism Network) / MODELLO - attuazione del percorso DAMA nelle visite ambulatoriali D.A.M.A. (DISABLED ADVANCE MEDICAL ASSISTANCE) percorso facilitato di accesso alle cure rivolto a soggetti affetti - corretta applicazione del protocollo almeno nel 90% dei casi segnalati da disabilità intellettiva e/o comunicativa	Entro il 31.12.2023 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sull'attività svolta.							BURLO: progettualità aziendale di interesse regionale Si rimanda per il Burlo all'allegato 3 (Categoria C)

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE