ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1505 DEL 16 OTTOBRE 2026

LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2027

Sommario

PREMESSA 9

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO 9

A. LO SCENARIO STRATEGICO: L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E I PERCORSI STRATEGICI DI INTERVENTO 10

A.1 INVECCHIARE AL DOMICILIO E GESTIRE LA CRONICITÀ 12

A.1.1 Contenuti minimi del percorso 13

A.1.2 Raccordo con gli altri obiettivi prioritari e delle Linee di attività di gestione ordinaria 14

A.2 ACCOMPAGNARE LE PERSONE CON DEMENZA E LE LORO FAMIGLIE 17

A.2.1 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria 19

A.3 PREVENIRE E AFFRONTARE LE DIPENDENZE 20

A.3.1 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria 21

A.4 INTERCETTARE E PRENDERE IN CARICO IL DISAGIO DEI GIOVANI TRA 10 E 25 ANNI 23

A.4.1 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria 25

A.5 NASCERE E CRESCERE NELLA COMUNITÀ: PERCORSO NASCITA E PRIMA INFANZIA 26

A.5.1 Contenuti minimi del percorso 28

A.5.2 Raccordo con gli obiettivi prioritari delle presenti Linee 29

A.5.3 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria 29

B. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 32

B.1 IL NUOVO PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2026-2028 32

B.1.1 Adozione del Programma attuativo aziendale del Piano regionale di governo delle liste di attesa 33

B.1.2 Le Case della Comunità come nodi di erogazione della specialistica ambulatoriale 33

B.2 GOVERNO DELLA DOMANDA E APPROPRIATEZZA 34

B.2.1 Qualità della compilazione del RAO (scheda concordanza) 36

B.3 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI 37

B.3.1 Contenimento della quota di prenotazioni in classe P per le Prime Visite e riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva legata ai follow-up 38

B.3.2 Contenimento della quota di prenotazioni in classe P per gli Esami Diagnostici e riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva legata ai follow-up 38

B.4 PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO 39

B.5 ADOZIONE DEI RAO PER I RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI 39

B.6 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA 39

B.6.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale 39

B.6.2 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica 41

B.6.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica 43

B.6.4 Verifica dell'attuazione dei piani di recupero e degli interventi di medio termine 45

B.7 APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI 45

B.7.1 Riduzione dei ricoveri chirurgici potenzialmente inappropriati 46
B.7.2 Riduzione dei ricoveri medici potenzialmente inappropriati 46
LINEE DI ATTIVITÀ DI GESTIONE ORDINARIA 47
1. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA 47
1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore 47
1.2 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive 48
1.3 Ambiente, clima e salute 52
1.3.1 Realizzazione delle attività dei programmi del Piano regionale per la prevenzione degli effetti del caldo 54
1.3.2 Qualità delle acque destinate al consumo umano (PSA negli edifici prioritari) 55
1.4 Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro 57
1.4.1 Luoghi di lavoro che promuovono salute 57
1.4.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro 58
1.5 Promozione del benessere e della salute 61
1.5.1 Scuole che promuovono salute 62
1.5.2 Comunità attive 62
1.6 Dipendenze 64
1.7 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria 65
1.8 Investire in salute nei primi 1000 giorni 71
1.9 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento 74
1.10 Sicurezza negli ambienti di vita 75
1.10.1 Alimentazione, salute e sostenibilità 75
1.11 Contrasto all'antibiotico resistenza 76
1.12 Programma regionale di odontoiatria pubblica 81
1.13 Attività di screening 85
1.13.1 Screening cardiovascolare 85
1.13.2 Screening oncologici 85
1.13.2.1 Screening Cervice Uterina 87
1.13.2.2 Screening Mammografico 88
1.13.2.3 Screening Colon Retto 89
2. ASSISTENZA OSPEDALIERA 90
2.1 Appropriatezza e efficienza operativa 91
2.2 Trapianti e donazioni 91
2.2.1 Trapianto di cuore, *Ventricular Assist Device* (VAD) e *Donation after Circulatory Death* (DCD) 94
2.3 Piano sangue 95
3. RETI DI CURA 96
3.1 Rete oncologica regionale 96
3.1.1 Riorganizzazione delle attività chirurgiche oncologiche 97

3.1.2 Percorsi di cura ... 97
3.1.3 Rete Senologica ... 99
3.1.3.1 Definizione dei termini del follow-up per il tumore della mammella e rientro in screening ... 99
3.2 Rete cure palliative e terapia del dolore ... 99
3.2.1 Rete cure palliative ... 99
3.3 Reti tempo dipendenti ... 101
3.3.1 Rete cardiologica ... 101
3.3.2 Rete ictus ... 104
3.4 Rete ematologica ... 105
3.5 Altre reti ... 106
3.5.1 Rete diabetologica ... 106
3.5.2 Rete pneumologica ... 107
3.5.3 Rete infettivologica ... 108
3.5.4 Rete reumatologica ... 108
3.5.5 Rete epatologica ... 108
3.5.6 Rete gastroenterologica ... 109
3.5.7 Rete HPH ... 109
4. PERCORSO NASCITA ... 111
4.1 Rete neonatologica e punti nascita ... 111
4.2 Assistenza materno infantile ... 111
5. PRONTO SOCCORSO E PERCORSI DI EMERGENZA URGENZA ... 115
5.1 Pronto soccorso ... 115
5.1.1 Revisione dei codici di triage ... 117
5.1.2 Osservatorio regionale dei Pronto soccorso ... 117
5.2 Emergenza-urgenza territoriale ... 118
5.3 Elisoccorso sanitario ... 118
6. ASSISTENZA TERRITORIALE ... 119
6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali ... 119
6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico ... 120
6.2 Governo dell'assistenza territoriale e definizione dei nodi territoriali ... 121
6.3 Integrazione ospedale-territorio e gestione delle dimissioni protette ... 123
6.4 Anziani e anziani non autosufficienti ... 124
6.5 Rete dei servizi per le persone con demenza ... 124
6.6 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ... 127
6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo ... 127
6.8 Trasporti sanitari secondari ... 131
6.9 Miglioramento degli standard qualitativi ... 132
6.10 Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 ... 134

7. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E COMUNITARIA 134
7.1 Anziani, anziani non autosufficienti e persone con demenza 135
7.1.1 Interventi dedicati alle persone con demenza 138
7.2 Sostegno ai caregiver 139
7.3 Minori e famiglie – consultori 140
7.4 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo 140
7.5 Salute mentale 141
7.6 Disabilità 142
7.7 Dipendenze 145
7.8 Interventi per la salute mentale di comunità e del benessere dei giovani 148
7.9 Inclusione lavorativa 149
8. ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI 150
8.1 Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici 150
8.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale 150
8.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica 153
8.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi 154
8.5 Farmacovigilanza 156
8.6 Sperimentazione clinica, ricerca e innovazione 157
8.7 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica 157
8.8 Assistenza integrativa 163
8.8.1 Dispositivi medici per pazienti diabetici 163
8.8.1.1 Dispositivi medici per pazienti diabetici - limiti di spesa 165
8.8.2 Medicazioni avanzate 166
8.8.3 Flussi informativi dei dispositivi medici 166
8.9 Dispositivo-vigilanza 166
8.10 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici 167
8.11 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici 168
9. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE 171
9.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario 171
9.1.1 Promozione scambio internazionale nel settore sanitario 174
9.1.2 Flusso SIPER 174
9.1.3 Nuovo profilo professionale di Assistente Infermiere 175
9.1.4 Misure per contrastare la carenza di personale sanitario e per il benessere dei professionisti nel SSR 176
9.1.5 Rafforzare la visibilità e l'attrattività delle professioni sanitarie e della formazione sanitaria specialistica 176
9.1.6 Sviluppo delle professioni sanitarie: qualità e appropriatezza nell'esercizio delle competenze - progetto di sviluppo biennale 177
9.1.7 Sviluppo professioni sanitarie: configurazione e riconfigurazione organizzativa per la gestione del

personale ... 178
9.2 Risultanze delle manovre personale 2025 e 2026 ... 178
9.3 Effetti delle politiche regionali ... 179
9.4 Autonomia gestionale e sostenibilità della spesa per il personale ... 181
9.4.1 Monitoraggio dei costi per il personale e per le altre forme di acquisizione del lavoro ... 182
9.4.2 Trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende ... 183
9.4.3 Esternalizzazione e internalizzazione di servizi ... 184
9.4.4 Prestazioni aggiuntive ... 184
9.5 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2027-2029 ... 184
9.6 Piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale ... 185
9.7 Supporto nella gestione degli utilizzi di personale ... 186
10. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM ... 186
10.1 Pianificazione della formazione ... 187
10.1.1 Piano della Formazione Regionale (PFR) e Piano della Formazione Aziendale (PFA) ... 187
10.1.2 La Relazione annuale regionale ... 188
10.2 Iniziative formative regionali strategiche ... 189
10.2.1 Aspetti formativi del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029 ... 189
10.2.2 Innovazione digitale e sanità digitale (FSE, AI, cybersecurity). ... 191
10.2.3 Formazione per la direzione del Distretto sociosanitario ... 192
10.2.4 Percorsi formativi Alzheimer e demenze ... 193
10.2.5 Sperimentazione clinica ... 193
10.2.6 Formazione manageriale – Direttori generali e Direttori sanitari/SC sanitaria. ... 194
10.2.7 Formazione specialistica tecnico-amministrativa ... 195
10.2.8 Formazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale e delle cure primarie nella medicina convenzionata (Ceformed). ... 196
10.3 Priorità regionali su organizzazione e gestione ... 197
10.3.1 Revisione del Manuale Accreditamento Provider ... 197
11. SISTEMA INFORMATIVO ... 197
11.1 Modello di governance per la gestione ed innovazione dei sistemi informativi del SSR ... 198
11.2 Cruscotto regionale di monitoraggio dei sistemi informativi ... 199
11.3 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi Informativi degli Enti del SSR ... 199
11.4 Conduzione di specifici progetti da parte degli Enti del SSR ... 200
11.5 Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA) ... 200
11.6 Governance della Cybersicurezza - Cabina di regia per la cybersicurezza in ambito sanitario ... 200
11.7 Progettualità in corso ... 201
11.7.1 Progetti PNRR ... 201
11.7.1.1 Telemedicina (Missione 6 C1 I1.2.3) ... 201

11.7.1.2 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero DEA di I e II livello (Missione 6 C2 I1.1.1) 202
11.7.1.2.1 Cartella Clinica Elettronica Regionale (CCER) 202
11.7.1.2.2 Sistema informativo integrato trasfusionale 203
11.7.1.2.3 Digital Pathology 203
11.7.1.3 Centrali Operative Territoriali - COT (Missione 6 C 1 I1.2.2) 204
11.7.2 Fascicolo Sanitario Elettronico -FSE (Missione 6 C 2 I1.3.1) ed EDS 205
11.7.3 Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA) 205
11.7.4 Dematerializzazione della ricetta (DEMA) 206
11.7.5 Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi 206
11.7.5.1 Smart*H-ERP 206
11.7.5.2 Sistema del personale 207
11.7.5.3 Cartella Utente 4.0 207
11.7.5.4 Cartella Oncologica (Log80) 208
12. TUTELA DELLA PRIVACY NEL TRATTAMENTO DEI DATI 210
12.1 Consolidamento della governance della Privacy 210
13. FLUSSI INFORMATIVI 210
13.1 Flussi informativi dei dispositivi medici 211
13.2 Progetto PNRR di potenziamento dei dati sanitari e modello di governance 212
14. INVESTIMENTI 214
14.1 Progettualità PNRR 214
14.1.1 Monitoraggio delle misure PNRR 214
14.2 Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID 214
14.3 Programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali 215
14.4 Attuazione degli investimenti programmati a favore del sistema sanitario e sociosanitario regionale 217
14.5 Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2027-2029 217
14.6 Altre linee di finanziamento di parte corrente per gestione e investimenti 217
14.7 Altre disposizioni 217
14.7.1 Richieste annuali di erogazione delle risorse in conto capitale 217
14.7.2 Obblighi di acquisizione di parere della DCS 218
14.7.3 Programmazione 2028 219
14.7.4 Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti 220
14.7.5 Monitoraggio delle procedure di acquisizione con formula noleggio e service 220
14.7.6 Piattaforma unica regionale per il governo tecnico/manutentivo del parco tecnologico biomedicale del SSR 220
14.7.7 Dimensionamento dotazione tecnologica biomedicale SSR 221
14.7.8 PACS, gestione imaging cardiologico, endoscopico e di altre specialità 221
14.7.9 Consolidamento e sviluppo delle competenze di Ingegneria Clinica per la gestione dei dispositivi

biomedicali nei diversi setting assistenziali 222
14.7.10 Aggiornamento dell'Anagrafe NSIS delle grandi apparecchiature sanitarie 224
14.7.11 Attrezzaggio nuovi padiglioni dell'ospedale di Udine 224
14.7.12 Il ruolo dei Partenariati Pubblico-Privati (PPP) nello sviluppo del sistema sanitario regionale 225
15. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ 225
15.1 Rete cure sicure FVG 225
15.2 Attività di ricerca e innovazione 230
15.2.1 Well-being Economy e gestione strategica della salute 230
15.2.2 Sperimentazione clinica 232
15.2.3 Osservatorio regionale per l'innovazione del Servizio sanitario regionale 233
15.3 Accordi con il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco 235
15.4 Accreditamento 235
15.4.1 Promozione dell'accreditamento dei Laboratori medici alla norma UNI EN ISO 15189 240
15.5 Sanità penitenziaria 242
15.5.1 Sviluppo dell'assistenza e vigilanza sul possesso dei requisiti richiesti per la gestione delle attività 242
15.6 Attività centralizzate ARCS 243
15.6.1 Concorsi centralizzati 243
15.6.2 Acquisti centralizzati 245
15.6.3 Procedure gestione centralizzata farmaci 245
15.6.4 Servizio di ristorazione 247
15.6.5 Attività di comunicazione per il Servizio sanitario regionale 248
16. LE RISORSE FINANZIARIE 250
16.1 Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2027 250
16.2 Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni 251
17. LE REGOLE GESTIONALI 265
17.1 Vincoli gestionali 265
17.1.1 Farmaceutica 265
17.1.2 Dispositivi medici 267
17.1.3 Prestazioni ambulatoriali 267
17.1.4 Risorse umane 268
17.2 Regole metodologiche di gestione 268
17.2.1 Mobilità intra-regionale 268
17.2.2 Mobilità extra-regionale 268
17.2.3 Mobilità internazionale 269
17.2.4 Acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati 271
17.2.1 Integrazione sociosanitaria 271

17.2.1.1 Copertura quota sanitaria nei servizi per anziani non autosufficienti e sperimentazioni 271
17.2.1.2 Oneri sanitari nei servizi per anziani non autosufficienti 272
17.2.2 Fondo assicurativo 272
17.2.3 Iscrizione a bilancio aziendale di previsione di altri specifici contributi di finanziamento regionale 272
17.2.4 Note di accredito 272
17.2.5 Incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato 273
17.2.6 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione 273
17.2.7 Piattaforma Certificazione Crediti 273
17.2.8 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali 274
17.2.9 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale 275
17.2.10 Procedimento e termini per l'approvazione dei Piani attuativi degli Enti e per il loro consolidamento regionale per l'anno 2027 275
ABBREVIAZIONI E ACRONIMI UTILIZZATI 276

PREMESSA

Le presenti Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2027 forniscono gli indirizzi per la programmazione regionale, quale strumento fondamentale di detta programmazione, ai sensi dell'articolo 47 della LR 22/2019, stabilendo le linee di azione e organizzazione prioritarie del Sistema sanitario regionale. Tali linee programmatiche, che saranno trasfuse nei piani attuativi a livello aziendale, non sono esaustive delle attività e dei servizi da garantire in adempimento della normativa statale e regionale e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, nonché di ogni altra attività e funzione finanziata dal bilancio regionale, ma indicano le priorità che la Regione pone nella sua funzione direzionale e definiscono i criteri per la ripartizione del finanziamento regionale, nonché i vincoli e le regole di gestione.

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

L'attuazione del modello nel corso del 2027 è focalizzata su cinque percorsi strategici di intervento:

- *A1 : invecchiare al domicilio e gestire la cronicità;*
- *A2: accompagnare le persone con demenza e le loro famiglie;*
- *A3: prevenire e affrontare le dipendenze;*
- *A4: intercettare e prendere in carico il disagio dei giovani tra 10 e 25 anni;*
- *A5: migliorare il percorso nascita e prima infanzia*

I cinque percorsi strategici di intervento individuano i bisogni sui quali il Servizio sanitario regionale deve concentrare prioritariamente la propria capacità di trasformazione dell'assistenza territoriale. La scelta deriva dalla loro crescente rilevanza epidemiologica e sociale, dall'elevato impatto sulle persone, sulle famiglie e sulla sostenibilità dei servizi e, soprattutto, dalla necessità di superare risposte ancora frammentate, tardive o prevalentemente prestazionali. I cinque percorsi coprono fasi e condizioni differenti della vita, ma condividono la medesima esigenza: anticipare l'insorgenza o l'aggravamento del bisogno, riconoscere precocemente le situazioni di vulnerabilità, assicurare un accesso semplice e accompagnato e costruire percorsi continuativi nei quali servizi sanitari, sociosanitari, sociali, educativi e comunitari operino con responsabilità definite. Esse non costituiscono pertanto cinque nuovi ambiti organizzativi separati, ma i principali campi nei quali rendere concretamente operativo nel corso del 2027 il modello territoriale previsto dal DM 77, verificandone la capacità di garantire prossimità, domiciliarità, integrazione multiprofessionale, continuità assistenziale e sostegno ai caregiver. I risultati conseguiti in questi ambiti rappresenteranno la misura effettiva della capacità del sistema regionale di passare dalla semplice erogazione di prestazioni alla presa in carico della persona lungo l'intero percorso di vita.

Nel corso del 2027 ciascuna Azienda sanitaria deve pertanto quantificare, per ciascuna linea strategica, la popolazione destinataria, le risorse e le unità di personale già impiegate, le risorse da riconvertire o riallocare, il fabbisogno incrementale e le relative fonti di copertura. . I possibili benefici economici derivanti dalla riduzione dei ricoveri e degli accessi evitabili al Pronto soccorso, dal contenimento delle duplicazioni assistenziali, dalla maggiore appropriatezza terapeutica e dal ritardo dell'istituzionalizzazione devono essere rilevati come costi evitati o capacità assistenziale liberata e non possono essere contabilizzati preventivamente come risparmi a copertura di maggiori spese.

I cinque percorsi strategici, contrassegnati dalla lettera A maiuscola unita a un numero cardinale progressivo, non coincidono con singoli servizi o setting assistenziali e non sono separati dalle altre linee, bensì rappresentano un focus strategico che indirizza l'intero documento. Ciascuna linea è declinata trasversalmente tramite sei dimensioni, che rappresentano i vari livelli o ambiti in cui deve essere attuata:

a) prevenzione e promozione della salute;
b) assistenza primaria;
c) assistenza territoriale;
d) assistenza ospedaliera;
e) integrazione sociosanitaria e comunitaria;
f) transizioni e continuità assistenziale.

Con riferimento a ciascuna linea, la programmazione aziendale individua la popolazione destinataria, gli interventi, le responsabilità, le risorse e i risultati attesi. Questa impostazione deve consentire di costruire percorsi completi: dalle azioni di prevenzione, dall'intercettazione precoce del bisogno alla presa in carico da parte di MMG, PLS e servizi territoriali; dall'eventuale accesso all'ospedale al rientro protetto al domicilio e al raccordo con i servizi sociali e la comunità.

I cinque percorsi costituiscono quindi il criterio di priorità basato sui bisogni delle persone, mentre le sei dimensioni rappresentano gli ambiti nei quali l'intero sistema deve organizzarsi e operare in modo coordinato per attuarli, evitando che la responsabilità del percorso si interrompa nel passaggio da un servizio all'altro.

Oggetto di sezione separata è il tema delle liste di attesa, contrassegnato dalla lettera B maiuscola. Il tema è oggetto di una sezione separata in quanto la mancata tempestività della prestazione o della presa in carico rischia di per sé di vanificare la soddisfazione del bisogno di salute.

Le ordinarie linee per la gestione, divise per livello assistenziale secondo un indice numerico (1.1, 1.2….) si inseriscono e collegano alle priorità strategiche individuate nelle varie dimensioni che le compongono, nonché nelle altre azioni che hanno un interesse strategico che impatta sul singolo livello assistenziale o ambito tematico. In tali linee sono declinati anche gli obiettivi

Le presenti Linee assumono la prospettiva della Well-being Economy quale chiave di lettura strategica della programmazione per il 2027. In tale prospettiva, la salute non è considerata esclusivamente come esito dell'assistenza sanitaria, ma come patrimonio collettivo e condizione abilitante dello sviluppo sociale ed economico regionale. La programmazione è conseguentemente orientata a integrare prevenzione, cura e promozione del benessere, a privilegiare gli interventi precoci e di prossimità, a contrastare le disuguaglianze e a considerare gli effetti delle decisioni nel medio e lungo periodo, rafforzando la collaborazione tra il Servizio sanitario regionale, gli altri settori regionali, gli enti locali, il Terzo settore e le comunità, nel rispetto delle rispettive competenze.

A. LO SCENARIO STRATEGICO: L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E I PERCORSI STRATEGICI DI INTERVENTO

I percorsi strategici di intervento si attuano nel quadro del Programma regionale dell'assistenza territoriale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022.

Il 2027 è l'anno del passaggio dalla realizzazione delle strutture e delle infrastrutture previste dal PNRR alla progressiva attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale.

Il modello definito dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 non costituisce un obiettivo separato rispetto alle priorità regionali: è l'infrastruttura organizzativa attraverso la quale il Servizio sanitario regionale assicura la presa in carico, la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Case della Comunità, Centrali operative territoriali, Ospedali di Comunità, Punti unici di accesso, Infermieri di famiglia o comunità, équipe multiprofessionali, telemedicina e servizi domiciliari operano pertanto come componenti di un'unica rete, orientata alla persona e ai percorsi e non alla singola prestazione.

La Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il nodo visibile di questa rete. Opera su tre livelli: la cella territoriale di prossimità , dove si costruisce la relazione continuativa con gli assistiti; la CdC hub/spoke, dove si integrano équipe multiprofessionale), PUA, ambulatori specialistici, ambulatori per la cronicità; il Distretto, che governa risorse, standard, integrazione sociosanitaria e rete ospedale-territorio.
La CdC si integra con la COT per la gestione della continuità e della presa in carico.

Infermiere di comunità (IFoC)

Il nodo territoriale dell'Infermiere di famiglia o di comunità è l'articolazione funzionale che estende la Casa della Comunità sul territorio. Non è una nuova struttura né un ulteriore livello organizzativo: è il punto riconoscibile e stabile di riferimento per i bisogni assistenziali di una popolazione definita, un panel di assistiti di circa 3000 persone.
L'IFoC opera prevalentemente nei luoghi di vita delle persone, al domicilio e nei contesti della comunità, conosce la popolazione che gli è assegnata, intercetta precocemente le condizioni di fragilità e di rischio, segue nel tempo le persone con patologia cronica e interviene quando le condizioni cambiano, sostiene l'autocura della persona e della famiglia, promuove la salute e la prevenzione e accompagna la persona dentro la rete dei servizi, tenendo il raccordo con il medico di assistenza primaria e le AFT, con la Casa della Comunità, con la Centrale operativa territoriale, con i servizi sociali dei Comuni e con le risorse della comunità, del volontariato e del Terzo settore.
Il riferimento principale per l'IFOC è la CdC, anche se la sua sede operativa può essere una sede distrettuale, un ambulatorio o altro spazio idoneo, anche messo a disposizione dai Comuni. La localizzazione deve favorire la prossimità e l'accessibilità.
La funzione dell'IFoC è distinta da quella degli infermieri dedicati alle attività ambulatoriali o impiegati in altri servizi della Casa della Comunità: le 2 funzioni collaborano, ma non sono interscambiabili ai fini dell'attuazione del modello. Il fabbisogno regionale di IFoC, stimato nel 2022 nell'ordine di 400 unità, deve essere ricalcolato sull'anagrafe assistiti aggiornata, distinguendo il personale effettivamente assegnato a tale funzione, dalle unità impiegate in altre aattività.

Equipe multiprofessionale

A ciascun nodo è collegata un'équipe multiprofessionale, stabile nella composizione di base: medico del ruolo unico di assistenza primaria o pediatra di libera scelta, infermiere, prioritariamente l'IFoC, assistente sociale e figura di supporto amministrativo. Può essere allargata secondo i bisogni della persona, con medici specialisti e professionisti delle cure domiciliari, delle cure palliative, della riabilitazione, della prevenzione, della salute mentale, delle dipendenze e dei consultori, nonché altri professionisti sanitari, sociali ed educativi.
L'équipe valuta congiuntamente le situazioni complesse, individua il case manager in relazione al bisogno prevalente e definisce un unico Progetto Assistenziale Individuale. La responsabilità clinica resta al medico di assistenza primaria o al pediatra di libera scelta; il case manager non coincide necessariamente con l'IFoC, che mantiene comunque la responsabilità assistenziale e di population management sul proprio gruppo di assistiti. Ogni assistito deve poter riconoscere una porta di accesso, un'équipe e, quando necessario, un referente.

Il Punto unico di accesso (PUA)

Il PUA costituisce la porta di accesso unitaria al sistema dei servizi territoriali e, al tempo stesso, una modalità organizzativa fondata su un approccio multiprofessionale e integrato. Il Programma regionale dell'assistenza territoriale ne colloca la sede operativa presso le Case della Comunità, ma in realtà può essere integrata mediante più punti fisici, telefonici e digitali. Vi operano équipe composte da personale del Distretto e degli Ambiti territoriali sociali. Svolge una funzione di front office, accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento della

persona e della famiglia, e una funzione di back office, che comprende la prevalutazione integrata del bisogno, l'avvio della presa in carico, l'individuazione del percorso appropriato, l'attivazione dei servizi e il successivo monitoraggio. Quando il bisogno è complesso, il PUA attiva la valutazione multidimensionale dell'UVM, dalla quale discende il Progetto assistenziale individuale.

La Centrale operativa territoriale (COT)

La COT è il centro di coordinamento dei percorsi di presa in carico. Ad essa competono il coordinamento dei servizi domiciliari e di cure palliative con gli altri servizi sanitari, l'interfaccia con le strutture ospedaliere e con la rete dell'emergenza-urgenza e la gestione delle transizioni, ossia l'insieme delle azioni attraverso le quali l'assistito passa da un ambito di cura a un altro senza interruzioni. La COT non svolge una funzione meramente informativa e non sostituisce il case manager responsabile della presa in carico continuativa: ne organizza il passaggio di consegne e ne verifica l'esito.
Per le dimissioni delle persone per le quali è ipotizzabile un servizio territoriale garantito alla dimissione, la segnalazione alla COT deve avvenire prima della dimissione e la transizione si considera conclusa solo a seguito del contatto documentato della persona da parte del servizio territoriale responsabile.

Il Distretto

Il Distretto è il livello responsabile dell'organizzazione e della realizzazione dei percorsi; il Direttore generale risponde dell'effettiva attivazione del modello e dei risultati conseguiti. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS) assicura il supporto tecnico, la definizione comune degli indicatori e il monitoraggio regionale. La Direzione centrale salute esercita le funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica.

Per la concreta attuazione degli indirizzi strategici operativi e organizzativi sopra delineati si rinvia anche a quanto previsto nelle parti successive del presente documento, con rimando specifico a quanto previsto al paragrafo 6 -ASSISTENZA TERRITORIALE, in particolare ai suoi punti 6.1-Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali e 6.2-Governo dell'assistenza territoriale e definizione dei nodi territoriali, e relativi sottopunti. Tra gli obiettivi previsti in tali punti richiamati si evidenzia, in particolare, quello che richiede la definizione distrettuale del Piano di distribuzione territoriale dei nodi di riferimento dell'Infermiere di famiglia o comunità, nonché quello che prevede la necessaria attivazione in ogni Distretto entro il 2027 di almeno un nodo territoriale conforme ai requisiti regionali. Il modello da applicarsi per la definizione, attivazione e gestione operativa dei nodi territoriali sopra indicati è progressivamente applicato dalle Aziende a tutti i percorsi strategici che seguono (percorsi: A.1-INVECCHIARE AL DOMICILIO E GESTIRE LA CRONICITÀ, A.2-ACCOMPAGNARE LE PERSONE CON DEMENZA E LE LORO FAMIGLIE, A.3-PREVENIRE E AFFRONTARE LE DIPENDENZE, A.4-INTERCETTARE E PRENDERE IN CARICO IL DISAGIO DEI GIOVANI TRA 10 E 25 ANNI, A.5-NASCERE E CRESCERE NELLA COMUNITÀ: PERCORSO NASCITA E PRIMA INFANZIA), ciascuno con popolazione destinataria, criteri di accesso, responsabilità e risultati attesi esplicitati.

A.1 INVECCHIARE AL DOMICILIO E GESTIRE LA CRONICITÀ

L'obiettivo del percorso è mantenere quanto più a lungo possibile l'autonomia e la qualità della vita della persona, sostenere la famiglia e prevenire il deterioramento funzionale, le riacutizzazioni, gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri e l'istituzionalizzazione evitabile.
Il percorso ha per destinatari gli assistiti over 65 con patologia cronica e assume la Casa della Comunità e il nodo territoriale dell'Infermiere di famiglia o comunità quali riferimenti di prossimità della rete che accompagna la

persona con cronicità. Esso non presuppone alcuna modifica dell'assetto della medicina generale e delle AFT, dei servizi domiciliari, della rete delle cure palliative, delle strutture residenziali e dell'assistenza specialistica, che mantengono sede, competenze e responsabilità proprie.
Ciò che il percorso richiede di implementare è la funzione di raccordo che la Casa della Comunità e i re lativi punti di accesso svolgono nella gestione del percorso: intercettazione proattiva della fragilità sul panel di assistiti, accesso unico attraverso il PUA, attivazione dell'équipe multiprofessionale nelle situazioni complesse, presidio delle transizioni attraverso la COT e riaggancio delle situazioni che si interrompono, senza duplicare le competenze dell'assistenza primaria, dei servizi domiciliari, della specialistica e della rete delle cure palliative.
La sola presenza di una patologia cronica non determina automaticamente l'attivazione di una valutazione multidimensionale, di un case manager o di un Progetto assistenziale individuale. La risposta deve essere graduata in relazione alla complessità:

- le persone con patologia cronica stabile sono seguite nell'ambito dell'assistenza primaria e dei relativi PDTA;
- le persone con multimorbilità o iniziale fragilità accedono a programmi proattivi di monitoraggio, educazione, aderenza terapeutica e prevenzione del declino funzionale;
- le persone con fragilità avanzata, non autosufficienza, frequenti riacutizzazioni o bisogni sanitari e sociali interdipendenti sono sottoposte a valutazione multidimensionale e, quando necessario, a presa in carico integrata;
- le persone con patologie ad inarrestabile evoluzione, prognosi infausta e bisogni palliativi accedono precocemente alle cure palliative di base o specialistiche, anche contestualmente ai trattamenti rivolti alla malattia.

In ciascun Distretto è attivato il percorso rivolto alle persone **over 65 con patologia cronica** con particolare riferimento agli assistiti con una o più delle seguenti condizioni: multimorbilità, fragilità, non autosufficienza, recente dimissione ospedaliera o bisogni di cure palliative.

Il percorso è governato dal Distretto e integra medici di assistenza primaria e AFT, Infermieri di famiglia o comunità, Case della Comunità, specialisti, servizi domiciliari, PUA e UVM, COT, rete delle cure palliative, struttureospedaliere e residenziali, servizi sociali dei Comuni e risorse di comunità.
Il medico di assistenza primaria mantiene il coordinamento clinico, salvo che il rapporto di cura sia attribuito a un diverso professionista. Per le situazioni complesse l'équipe individua un case manager, scelto in relazione al bisogno prevalente della persona.
La dimissione ospedaliera costituisce a tutti gli effetti una transizione ospedale-territorio. Per le persone in dimissione protetta la segnalazione alla COTdeve avvenire prima della dimissione e la transizione si considera conclusa solo a seguito del contatto documentato della persona da parte del servizio territoriale responsabile.

A.1.1 Contenuti minimi del percorso

Il percorso garantisce:

- una valutazione clinica, funzionale e sociale proporzionata al bisogno, riservando l'attivazione dell'UVM alle situazioni che richiedono effettivamente una progettazione integrata;
- la definizione del Progetto assistenziale individuale per le situazioni complesse, con indicazione degli obiettivi, degli interventi, dei professionisti responsabili, del case manager, dei tempi di rivalutazione e dei risultati attesi;
- la ricognizione, la riconciliazione e la revisione della terapia in occasione della presa in carico e di ogni transizione assistenziale rilevante, con particolare attenzione alla politerapia, alle interazioni, all'aderenza e alla possibile de-prescrizione;

- l'attivazione delle cure domiciliari sanitarie secondo l'intensità assistenziale necessaria e, in presenza di specifici bisogni sociali, il raccordo con il Servizio sociale dei Comuni per l'assistenza domiciliare sociale, il sollievo e gli altri interventi di supporto;
- la valutazione delle condizioni, delle capacità e dei bisogni del caregiver, evitando di trasferire impropriamente sulla famiglia attività che richiedono competenze professionali;
- la predisposizione del percorso territoriale prima della dimissione ospedaliera per le persone in dimissione protetta e un contatto documentato entro 48 ore dalla dimissione, effettuato dal servizio o dal professionista individuato nel piano di dimissione;
- l'identificazione precoce dei bisogni palliativi mediante criteri clinici condivisil'accesso alle cure palliative sulla base della complessità dei bisogni e non soltanto della prognosi o dell'imminenza della morte.

Nel corso dell'anno 2027 si proseguirà nell'attività di verifica della capacità del sistema territoriale di prendere in carico la persona nel momento della transizione dall'ospedale al domicilio. In relazione a tale attività la dimissione protetta è assunta quale indicatore proxy di tale capacità: è la transizione per la quale il percorso prevede già una segnalazione formale alla Centrale operativa territoriale, e quindi una traccia verificabile, ed è quella in cui l'interruzione della continuità assistenziale produce gli effetti più rilevanti, in termini di riacutizzazioni, riammissioni ospedaliere e accessi impropri in Pronto soccorso. Il dato non esaurisce, dunque, la valutazione del percorso, ma ne misura un passaggio critico. Specifico obiettivo finalizzato a tale attività di verifica è previsto in successiva parte del presente documento, in particolare al punto 6.3-Integrazione ospedale-territorio e gestione delle dimissioni protette del paragrafo 6-ASSISTENZA TERRITORIALE, a cui si rinvia.

A.1.2 Raccordo con gli altri obiettivi prioritari e delle Linee di attività di gestione ordinaria

La linea d'attività del percorso A.1 non costituisce un ambito separato rispetto agli altri obiettivi individuati nelle presenti Linee, ma rappresenta, per la popolazione anziana con cronicità, la componente territoriale attraverso la quale diversi di quegli obiettivi possono essere effettivamente conseguiti.
La linea d'attività del percorso A.1 si raccorda, tra l'altro, con le sezioni delle presenti Linee dedicate alle Case della Comunità e alle Centrali operative territoriali, agli anziani e agli anziani non autosufficienti, all'integrazione sociosanitaria e al sostegno ai caregiver, alla rete delle cure palliative e alle reti di patologia, delle quali assume indicatori e target e governa il raccordo con la rete distrettuale.
La tabella seguente riporta, per ciascuna delle sei dimensioni evidenziate, gli obiettivi già previsti dalle presenti Linee che insistono sulla popolazione anziana con cronicità. Il percorso A.1 non li sostituisce né li duplica: ne assume indicatori e target e vi aggiunge la funzione di raccordo distrettuale e gli elementi di percorso oggi non presidiati.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Prevenzione e promozione della salute ***Vaccinazione dell'anziano, protezione dal caldo, attività fisica e mantenimento dell'autonomia. Utilizzo delle sorveglianze per orientare gli interventi ai bisogni della popolazione anziana e fragile.***	
§ 1.2 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	**1.2.I** Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano.
§ 1.3.1 Realizzazione delle attività dei programmi del Piano regionale per la prevenzione degli effetti del caldo	**1.3.1.a** Partecipare al tavolo regionale per condividere strategie e interventi di prevenzione degli effetti del caldo, con attenzione agli anziani in condizioni di fragilità fisica, socioeconomica o di solitudine. **1.3.1.b** Garantire la partecipazione degli operatori al corso regionale sulla prevenzione degli effetti del caldo, a supporto dell'educazione sanitaria dei soggetti a rischio e dei caregiver.
§ 1.5.2 Comunità attive	**1.5.2.a** Attivare gruppi di cammino e pubblicizzarli anche sul sito regionale.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
	1.5.2.b Realizzare corsi di walking leader. **1.5.2.d** Attivare il flusso dei dati dalle palestre della salute alle Aziende sanitarie, definendone contenuti, modalità e utilizzo. **1.5.2.f** Informare i MMG sulle modalità di prescrizione dell'esercizio fisico/attività fisica adattata e invio alle palestre della salute. **1.5.2.g** Aggiornamento del documento regionale su prescrizione dell'esercizio fisico strutturale. **1.5.2.h** Individuare le figure sanitarie da coinvolgere nella promozione della salute e analizzarne il fabbisogno formativo su stili di vita, sicurezza e autonomia degli anziani e delle persone fragili.
§ 1.9 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	**1.9.a** Coordinare e gestire le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, garantendo la raccolta e i flussi dei dati verso l'ISS. **1.9.c** Elaborare i dati sugli stili di vita e sulle tematiche rilevanti per la prevenzione, producendo schede o rapporti per DCS e Aziende sanitarie.
Assistenza territoriale ***Gestione della cronicità con MMG e AFT: applicazione dei PDTA per scompenso, diabete e BPCO, controlli programmati, aderenza terapeutica e revisione della politerapia negli over 65*** ***IFoC, strumenti multiprofessionali e cure domiciliari secondo intensità. Telemedicina e gestione dei dispositivi per gli assistiti eleggibili. Monitoraggio di ricoveri e accessi in PS come misure di sistema, con attenzione alla popolazione del percorso***	
§ 3.3.1 Rete cardiologica	**3.3.1.d** Migliorare la gestione dello scompenso mediante l'aderenza alla terapia con ACE-inibitori o sartani dopo la dimissione. **3.3.1.e** Migliorare la gestione dello scompenso mediante l'aderenza alla terapia con beta-bloccanti dopo la dimissione. **3.3.1.f** Migliorare la gestione dello scompenso assicurando il controllo ecocardiografico nei dodici mesi successivi al ricovero indice. **3.3.1.g** Incrementare i pazienti con almeno una visita cardiologica entro un mese dalla dimissione con diagnosi principale di scompenso cardiaco. **3.3.1.j** Migliorare l'aderenza ai PDTA della cronicità mediante report quadrimestrali degli indicatori PDTA NSG. **3.3.1.k** Migliorare l'aderenza ai PDTA della cronicità con almeno due incontri con i coordinatori delle AFT e, ove previsto, i direttori delle SOC cliniche, sulla base dei report degli indicatori.
§ 3.5.1 Rete diabetologica	**3.4.1.b** Migliorare il monitoraggio clinico dei pazienti diabetici con esordio della malattia a 35 anni o oltre, secondo le raccomandazioni previste dall'indicatore NSG. **3.4.1.c** Migliorare l'aderenza ai PDTA del diabete mediante report quadrimestrali degli indicatori PDTA NSG. **3.4.1.d** Migliorare l'aderenza ai PDTA del diabete con almeno due incontri con i coordinatori delle AFT e, ove previsto, i direttori delle SOC cliniche, supportati dai report. **3.4.1.e** Migliorare l'analisi degli indicatori dei PDTA regionali del diabete mediante la predisposizione del cruscotto diabetologico.
§ 3.5.2 Rete pneumologica	**3.4.2.a** Migliorare l'appropriatezza terapeutica e la continuità assistenziale nella BPCO, con riferimento alla disponibilità di broncodilatatori a lunga durata d'azione dopo la dimissione. **3.4.2.b** Migliorare la continuità specialistica e l'appropriatezza del follow-up nella BPCO dopo un ricovero, con riferimento al controllo pneumologico nei dodici mesi successivi. **3.4.2.d** Migliorare l'aderenza ai PDTA della BPCO mediante report quadrimestrali degli indicatori PDTA NSG. **3.4.2.e** Migliorare l'aderenza ai PDTA della BPCO con almeno due incontri con i coordinatori delle AFT e, ove previsto, i direttori delle SOC cliniche, supportati dai report.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.b** Completamento formazione regionale IFoC. **6.1.d** Proseguire l'implementazione dei percorsi e degli strumenti regionali di presa in carico territoriale, attivando almeno un ulteriore percorso o strumento multiprofessionale.
§ 6.2 Governo dell'assistenza territoriale e definizione dei nodi territoriali	**6.2.b** Mantenere o migliorare il tasso standardizzato di ospedalizzazione degli adulti per complicanze del diabete, BPCO e scompenso cardiaco. **6.2.c** Mantenere o migliorare il tasso standardizzato di accessi in PS degli adulti con codice di dimissione bianco o verde, dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20. **6.2.f** Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1). **6.2.g** Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2). **6.2.h** Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).
§ 6.4 Anziani e anziani non autosufficienti	**6.4.a -** Migliorare il livello di assistenza dei pazienti inseriti nelle case di riposo riducendo il numero di ricoveri ospedalieri urgenti **6.4.b -** Migliorare il livello di assistenza dei pazienti inseriti nelle case di riposo riducendo il numero di accessi in PS
§ 8.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	**8.2.b** Ridurre la quota di assistiti over 65 in politerapia, con particolare riferimento all'assunzione contemporanea di più di dieci farmaci diversi nel periodo maggio–luglio.
§ 8.8.1 Dispositivi medici per pazienti diabetici	**8.8.1.a** Prescrivere su PSM2-AFIR i dispositivi di assistenza integrativa a media e alta complessità per i pazienti diabetici. **8.8.1.d** Garantire il monitoraggio clinico-assistenziale dei dispositivi per i pazienti diabetici mediante i dati e gli indicatori previsti dalla DGR 808/2024.
§ 11.7.1.1 Telemedicina (Missione 6 C1 I1.2.3)	**11.6.1.1.a** Mettere a regime televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, aumentando gli assistiti presi in carico nelle attività di telemedicina.
Assistenza ospedaliera ***Tempestività del trattamento della frattura di femore nell'anziano e appropriatezza del ricorso all'ospedale dalle strutture residenziali. Gli indicatori del § 6.4 riguardano gli assistiti in residenza, non l'intera popolazione seguita al domicilio***	
§ 2.1 Appropriatezza e efficienza operativa	**2.1.d** Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero).
§ 6.4 Anziani e anziani non autosufficienti	**6.4.a** Migliorare l'assistenza agli over 65 nelle case di riposo, riducendo i ricoveri ospedalieri urgenti. **6.4.b** Migliorare l'assistenza agli over 65 nelle case di riposo, riducendo gli accessi in PS non seguiti da ricovero.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Integrazione sociosanitaria e comunitaria ***Coordinamento sociosanitario, valutazione multidimensionale e PAI, programmazione dei servizi semiresidenziali e qualità della residenzialità. Rilevazione dei bisogni del caregiver e sostegno alla sostenibilità dell'assistenza familiare.***	
§ 7.1 Anziani, anziani non autosufficienti e persone con demenza	***7.1.a*** *Garantire un'organizzazione organica degli interventi per anziani non autosufficienti e fragili, definendo soggetti, ruoli, meccanismi di integrazione e coordinatore.* ***7.1.b*** *Programmare nuovi servizi semiresidenziali con indicazione dei territori, dei posti per non autosufficienti e demenze e del cronoprogramma 2027–2029.* ***7.1.c*** *Assicurare la vigilanza sulle strutture residenziali per anziani non autosufficienti mediante sopralluoghi nelle strutture autorizzate e attive.*
§ 7.2 Sostegno ai caregiver	***7.2.a*** *Rendere disponibili nella scheda AMD aggiornata le informazioni sui caregiver di tutte le persone valutate in UVM per la presa in carico domiciliare, dopo la messa in produzione della scheda.*
Transizioni e continuità assistenziale ***Dimissione protetta e passaggio effettivo al servizio territoriale attraverso la COT; disponibilità del primo ciclo di terapia.***	
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.c** Proseguire l'analisi e la revisione dei percorsi informativi COT, implementando almeno una nuova transizione ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio.
§ 8.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi	*Raccordo nel testo.* Garantire la continuità farmacologica con l'erogazione del primo ciclo di terapia dopo dimissione o visita specialistica e con la distribuzione dei farmaci agli assistiti a domicilio o in struttura.
§ 11.7.1.3 Centrali Operative Territoriali - COT (Missione 6 C 1 I1.2.2)	*Raccordo nel testo.* Consolidare l'utilizzo della COT nelle transizioni assistenziali e nelle dimissioni protette, sviluppando i modelli operativi e l'integrazione con Cartella Utente 4.0 e FSE.

I codici richiamano gli obiettivi settoriali e mantengono le relative definizioni e i target.

Per le misure riferite a tutti gli adulti o a coorti di patologia, il contributo al Percorso strategico A1 è letto tenendo conto della popolazione prioritaria over 65.

L'operatività dei nodi IFoC e il contatto entro 48 ore nelle dimissioni protette restano impegni specifici del percorso; formazione e implementazione degli strumenti ne costituiscono presupposti di attuazione

A.2 ACCOMPAGNARE LE PERSONE CON DEMENZA E LE LORO FAMIGLIE

La crescente diffusione delle demenze, conseguente all'evoluzione demografica e all'invecchiamento della popolazione, rende questa patologia una delle principali sfide sanitarie, sociosanitarie e sociali a livello nazionale. La complessità dei bisogni delle persone affette da demenza e dei loro familiari richiede infatti un approccio integrato, multidisciplinare e continuativo, in grado di garantire interventi appropriati lungo l'intero percorso di malattia.

Con l'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 30 ottobre 2014 recante il «Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze», è stato definito il quadro strategico nazionale per la promozione e il miglioramento della qualità e appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, attraverso un approccio integrato in relazione alla presa in carico delle persone con demenza e dei relativi familiari. In attuazione di tali indirizzi sono stati adottai strumenti operativi e misure di sistema, tra cui linee guida clinico-assistenziali e il Fondo per l'Alzheimer e le demenze, finalizzati al rafforzamento delle azioni di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico tempestiva.

La Regione Friuli Venezia Giulia, in coerenza con il suddetto quadro programmatico, riconosce le demenze quale

ambito di intervento prioritario e promuove lo sviluppo di interventi integrati a supporto delle persone affette e dei loro caregiver, con l'obiettivo di rafforzare la capacità del sistema sanitario e sociosanitario di rispondere in modo efficace ai bisogni emergenti.

In una logica di massima integrazione e di governance condivisa, le Aziende sanitarie, congiuntamente con gli Ambiti Territoriali Sociali, sono pertanto chiamate a sviluppare e consolidare un sistema organico di interventi che favorisca il potenziamento delle attività di prevenzione e diagnosi precoce, la presa in carico tempestiva e continuativa delle persone con demenza e dei loro familiari, il rafforzamento e la qualificazione dei servizi dedicati, l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e il raccordo con gli Enti locali, il Terzo settore e le reti di comunità.

In particolare, nel corso del 2027, oltre ad assicurare l'attuazione e la rendicontazione delle attività previste dal Piano delle attività della Regione FVG finanziato mediante il Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, la cui rimodulazione è stata approvata con DGR 1146/2026, le Aziende sanitarie provvedono al raggiungimento degli obiettivi previsti nell'ambito delle seguenti aree:

La demenza richiede un percorso integrato, nel quale devono essere distinti e coordinati i bisogni sanitari, sociosanitari e sociali. Dopo l'inquadramento diagnostico e clinico, il bisogno continuativo della persona è infatti prevalentemente connesso alla perdita di autonomia, alla sicurezza e alla permanenza nel proprio ambiente di vita, nonché alla capacità della famiglia di sostenere l'assistenza.

La componente sanitaria, assicurata dal Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e dal MMG e, in presenza di effettivi bisogni infermieristici o di particolare complessità, dall'Infermiere di famiglia o comunità, comprende la diagnosi, la definizione e revisione del piano clinico, la gestione delle comorbilità e dei disturbi comportamentali, nonché gli interventi nelle fasi di instabilità. La sua intensità deve pertanto essere graduata in relazione allo stadio della malattia e alla complessità clinica e non configurarsi come presa in carico specialistica continuativa e indifferenziata.

La componente sociosanitaria interviene quando la perdita di autonomia e la complessità dei bisogni richiedono l'apporto congiunto dei servizi sanitari e dei servizi sociali. In tali casi sono garantite la valutazione multidimensionale, la definizione del Progetto assistenziale individuale, l'individuazione di un referente riconoscibile – non necessariamente sanitario e coerente con il bisogno prevalente – e la continuità tra domicilio, servizi semiresidenziali, strutture residenziali e ospedale.

La componente sociale, di competenza degli Ambiti territoriali sociali e dei Comuni, comprende il sostegno alla domiciliarità, gli interventi di sollievo, l'accompagnamento e la tutela della persona, il contrasto all'isolamento, il supporto amministrativo ed economico e il sostegno alla famiglia. La sostenibilità del carico assistenziale e il rischio di esaurimento del caregiver devono essere rilevati nel percorso; gli eventuali bisogni sanitari del caregiver sono invece valutati dal relativo MMG e dai servizi competenti.

Per ogni nuova diagnosi devono essere assicurati l'inquadramento clinico, l'informazione e l'orientamento della famiglia e una prima valutazione dell'autonomia, del contesto abitativo e della rete di sostegno. Il referente di percorso è attivato nei casi di effettiva complessità sociosanitaria o di fragilità della rete familiare.

Gli Enti definiscono separatamente i fabbisogni: quelli sanitari sulla base delle nuove diagnosi, delle rivalutazioni cliniche necessarie, delle comorbilità e delle situazioni di instabilità; quelli sociosanitari e sociali sulla base del livello di autonomia, condizioni abitative, disponibilità del caregiver e necessità di assistenza domiciliare, sollievo, frequenza diurna o accoglienza residenziale. Gli interventi sono orientati a prevenire le crisi, gli accessi ospedalieri e l'istituzionalizzazione.

Il percorso integra CDCD, MMG, Infermiere di famiglia o comunità, servizi domiciliari, servizi sociali e rete di sostegno alla famiglia.

Per le persone con nuova diagnosi o con bisogni complessi devono essere garantiti:

- un referente riconoscibile;

- la valutazione dei bisogni distinta tra quelli specificamente sanitari e quelli assistenziali e sociali;
- il Progetto assistenziale individuale;
- la valutazione dei bisogni e delle condizioni di salute del caregiver;
- interventi per prevenire le crisi, i ricoveri e l'istituzionalizzazione;
- la continuità tra domicilio, centro diurno, strutture residenziali e ospedale.

A.2.1 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria

Titoli e obiettivi in forma sintetica; indicatori, target, scadenze e responsabilità restano quelli delle schede riportate nelle Linee di attività di gestione ordinaria.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Prevenzione e promozione della salute ***Sensibilizzazione delle comunità, contrasto allo stigma e promozione di contesti inclusivi. Sviluppo delle competenze degli operatori per sostenere sicurezza e autonomia delle persone anziane e fragili***	
§ 1.5.2 Comunità attive	**1.5.2.h** Individuare le figure sanitarie da coinvolgere nella promozione della salute e analizzarne il fabbisogno formativo su stili di vita, sicurezza e autonomia degli anziani e delle persone fragili.
§ 7.1.1 Interventi dedicati alle persone con demenza	**7.1.1.a** Realizzare azioni di sensibilizzazione e percorsi comunitari dementia-friendly per favorire contesti inclusivi per le persone con demenza.
Assistenza territoriale ***Riconoscimento del sospetto, accesso al CDCD, gestione delle comorbilità e rivalutazione clinica con il MMG. Attenzione alla politerapia negli assistiti over 65, secondo i bisogni e la fase di malattia*** ***Organizzazione e operatività della rete dei CDCD, monitoraggio delle attività e formazione degli operatori domiciliari. Attivazione dell'ADI per chi presenta i relativi bisogni; le misure ADI hanno una popolazione di riferimento più ampia delle sole demenze***	
§ 6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
§ 6.5 Rete dei servizi per le demenze	**6.5.a** Strutturare i CDCD formalizzando l'équipe funzionale multiprofessionale della rete territoriale, il monte ore dei professionisti e il responsabile della rete. **6.5.b** Strutturare il CDCD territoriale con funzione di nodo centrale, operativo quattro giorni su sette per sei ore al giorno e dotato delle professionalità previste dalla scheda. **6.5.c** Monitorare attività e assistenza dei CDCD mediante report annuale su pazienti, prime visite, follow-up, televisite, diagnosi e trattamenti farmacologici e non farmacologici. **6.5.d** Formare gli operatori dei Distretti impegnati nelle cure domiciliari nell'ambito degli interventi del Fondo demenze.
§ 6.9 Miglioramento degli standard qualitativi	*Raccordo nel testo.* Assicurare la consulenza dei CDCD ai MMG, la valutazione specialistica e il follow-up, nell'ambito della rete dei servizi per le demenze. **6.9.f** Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1). **6.9.g** Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2). **6.9.h** Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Assistenza ospedaliera ***Raccordo specialistico con l'ospedale e prevenzione degli accessi urgenti evitabili dalle residenze. Le misure su residenzialità e pazienti non oncologici non sono specifiche per demenza***	
§ 6.4 Anziani e anziani non autosufficienti	**6.4.a** Migliorare l'assistenza agli over 65 nelle case di riposo, riducendo i ricoveri ospedalieri urgenti. **6.4.b** Migliorare l'assistenza agli over 65 nelle case di riposo, riducendo gli accessi in PS non seguiti da ricovero.
§ 6.5 Rete dei servizi per le persone con demenza	*Raccordo nel testo.* Raccordare i CDCD territoriali con quelli ospedaliero-universitari per le attività specialistiche e la continuità del percorso.
Integrazione sociosanitaria e comunitaria ***Progettazione integrata, sviluppo dei servizi diurni anche dedicati alle demenze, domiciliarità comunitaria e qualità dell'assistenza residenziale. Valutazione del carico e delle condizioni del caregiver.***	
§ 7.1 Anziani, anziani non autosufficienti e persone con demenza	**7.1.a** Garantire un'organizzazione organica degli interventi per anziani non autosufficienti e fragili, definendo soggetti, ruoli, meccanismi di integrazione e coordinatore. **7.1.b** Programmare nuovi servizi semiresidenziali con indicazione dei territori, dei posti per non autosufficienti e demenze e del cronoprogramma 2027–2029. **7.1.c** Assicurare la vigilanza sulle strutture residenziali per anziani non autosufficienti mediante sopralluoghi nelle strutture autorizzate e attive.
§ 7.1.1 Interventi dedicati alle persone con demenza	**7.1.1.b** Proseguire le sperimentazioni di domiciliarità comunitaria, con relazione semestrale sullo stato di avanzamento nei territori coinvolti.
§ 7.2 Sostegno ai caregiver	**7.2.a** Rendere disponibili nella scheda AMD aggiornata le informazioni sui caregiver di tutte le persone valutate in UVM per la presa in carico domiciliare, dopo la messa in produzione della scheda.
Transizioni e continuità assistenziale ***Collegamento tra domicilio, servizi diurni, residenza e ospedale; condivisione delle informazioni e aggiornamento del progetto. La COT coordina le transizioni che lo richiedono, in raccordo con il referente del percorso.***	
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.c** Proseguire l'analisi e la revisione dei percorsi informativi COT, implementando almeno una nuova transizione ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio. **6.1.d** Proseguire l'implementazione dei percorsi e degli strumenti regionali di presa in carico territoriale, attivando almeno un ulteriore percorso o strumento multiprofessionale.
§ 7.1 Anziani, anziani non autosufficienti e persone con demenza	*Raccordo nel testo.* Integrare i servizi e la valutazione multidimensionale per assicurare continuità e rivalutazione del progetto assistenziale nei diversi contesti.
§ 11.7.1.3 Centrali Operative Territoriali - COT (Missione 6 C 1 I1.2.2)	*Raccordo nel testo.* Consolidare l'utilizzo della COT nelle transizioni assistenziali e nelle dimissioni protette, sviluppando i modelli operativi e l'integrazione con Cartella Utente 4.0 e FSE.
Profili organizzativi e formativi trasversali	
§ 10.2.4 Percorsi formativi Alzheimer e demenze	10.2.4.a: Programmare e avviare il percorso formativo regionale previsto dalla Linea 5 del Piano regionale Fondo Alzheimer e Demenze, Sanità

A.3 PREVENIRE E AFFRONTARE LE DIPENDENZE

Le dipendenze da sostanze e comportamentali richiedono risposte differenziate in relazione alla natura e all'intensità del bisogno. La presenza di un consumo, di un comportamento a rischio o di una condizione di disagio giovanile non determina automaticamente una presa in carico sanitaria. Gli interventi di prevenzione, educazione, prossimità e sostegno sociale devono essere distinti dai percorsi clinici, attivati quando la valutazione specialistica evidenzia una dipendenza o un rischio clinicamente significativo. Nell'ambito delle dipendenze comportamentali la

priorità è attribuita al disturbo da gioco d'azzardo e alle ulteriori condizioni di rilevanza clinica accertata, evitando l'impropria medicalizzazione di comportamenti problematici non patologici.
La componente sanitaria comprende la valutazione specialistica, la diagnosi, il trattamento, la riduzione dei rischi e dei danni e la gestione delle comorbilità mediche e psichiatriche. La componente sociale, educativa e di comunità riguarda il sostegno alla famiglia, la continuità scolastica e formativa, l'abitare, l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale, gli interventi di strada e la ricostruzione delle relazioni di prossimità. Quando le due componenti sono interdipendenti, esse devono confluire in un unico progetto personalizzato, con obiettivi, responsabilità e tempi verificabili.
Il percorso integra i Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD), Servizi di salute mentale e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, consultori, Distretti e Case della Comunità, Servizi sociali dei Comuni, servizi educativi e soggetti del Terzo settore. Le Case della Comunità e i relativi punti di accesso svolgono funzioni di intercettazione, orientamento e raccordo, senza duplicare le competenze specialistiche dei SerD. Per i giovani devono essere previste modalità di accesso riconoscibili, flessibili e a bassa soglia, nonché la continuità nella transizione dai servizi per i minori a quelli per l'età adulta.
Per le persone con bisogni complessi deve essere assicurata la valutazione multidimensionale e la definizione o l'aggiornamento del Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, registrato e monitorato attraverso GeDi. Il progetto individua il servizio responsabile del coordinamento clinico e un professionista referente del percorso, senza trasferire su quest'ultimo le responsabilità proprie degli altri servizi coinvolti.
Nelle situazioni di doppia diagnosi, la compresenza di dipendenza e disturbo mentale non può costituire motivo di esclusione, dimissione o rinvio reciproco tra servizi. Laddove necessario, SerD e salute mentale effettuano la valutazione congiunta, concordano il servizio che assicura il coordinamento del percorso e definiscono un progetto unitario.
Il percorso integra SerD, salute mentale, Case della Comunità, consultori, servizi sociali, servizi educativi e soggetti del Terzo settore, con particolare attenzione ai giovani, alle dipendenze comportamentali e alle situazioni di doppia diagnosi.
Devono essere monitorati almeno:

- il tempo tra il primo contatto e la valutazione;
- la presenza di un professionista responsabile del percorso;
- la permanenza nel percorso a 90 giorni;
- le interruzioni non programmate;
- il raccordo tra interventi sanitari, sociali, educativi e di prossimità

A.3.1 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria

Titoli e obiettivi in forma sintetica; indicatori, target, scadenze e responsabilità restano quelli delle schede riportate nelle Linee di attività di gestione ordinaria.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Prevenzione e promozione della salute ***Programmi di prevenzione e riduzione dei rischi e dei danni, presidi di prossimità e accessi a bassa soglia. Raccordo con le pratiche di promozione della salute nelle scuole per la componente giovanile***	
§ 1.5.1Scuole che promuovono salute	**1.5.1.b** Realizzare, nelle scuole aderenti alla rete, interventi presenti nel documento regionale delle pratiche raccomandate.
§ 1.6Dipendenze	**1.6.a** Promuovere l'intercettazione precoce dei comportamenti a rischio attraverso presidi territoriali integrati, facilitando l'accesso ai servizi sociosanitari e sostenendo la prevenzione delle dipendenze nella

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
	popolazione generale e vulnerabile.
§ 6.1.1Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
Assistenza territoriale ***Raccordo dell'assistenza primaria e delle CdC con SerD e salute mentale per intercettazione, orientamento e invio accompagnato. Le schede richiamate sostengono l'integrazione; non prevedono una misura specifica dell'attività dei MMG nelle dipendenze*** ***Modelli SerD per sostanze emergenti, percorsi dedicati agli under 25, valutazione multidimensionale, PTRI e qualità del dato. Collegamento con la salute mentale nelle situazioni di doppia diagnosi, secondo il bisogno***	
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.d** Proseguire l'implementazione dei percorsi e degli strumenti regionali di presa in carico territoriale, attivando almeno un ulteriore percorso o strumento multiprofessionale.
§ 6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
§ 7.5 Salute mentale	**7.5.a** Migliorare accessibilità, intercettazione precoce e presa in carico dei bisogni di salute mentale a bassa e media complessità, sperimentando l'integrazione tra salute mentale e Case della Comunità hub.
§ 7.7 Dipendenze	**7.7.a** Garantire diagnosi e cure appropriate per le dipendenze da sostanze emergenti, rafforzando l'intercettazione delle persone con comportamenti problematici e fattori di rischio e la presa in carico. **7.7.b** Garantire agli under 25 luoghi e percorsi di cura dedicati, con presa in carico anche del nucleo familiare e incremento delle persone seguite. **7.7.c** Uniformare la valutazione multidimensionale regionale per orientare la pianificazione personalizzata nei percorsi terapeutico-riabilitativi. **7.7.d** Migliorare la qualità dei dati SIND, adeguare conferimento e codifiche, accompagnare la transizione a ICD-10-IM e ridurre gli scarti per informazioni obbligatorie mancanti. *Raccordo nel testo.* Sviluppare modelli di accesso precoce e presa in carico integrata, orientati alla prossimità e alla complessità clinica e sociale.
Assistenza ospedaliera ***Collegamento tra PS, reparti ospedalieri e SerD nella gestione delle situazioni acute e delle comorbilità. Raccordo organizzativo: nei paragrafi richiamati non è presente un indicatore ospedaliero specifico del percorso dipendenze***	
§ 5.1 Pronto soccorso	*Raccordo nel testo.* Raccordare il Pronto soccorso con il SerD e i servizi territoriali nella gestione delle situazioni acute.
§ 7.7 Dipendenze	*Raccordo nel testo.* Integrare la presa in carico delle situazioni con doppia diagnosi, comorbilità internistiche e vulnerabilità clinica e sociale.
Integrazione sociosanitaria e comunitaria ***Progetto individuale che integra cura, sostegno familiare, abitare, formazione e lavoro. Collegamento con servizi sociali, educativi e Terzo settore; interventi di salute mentale e inclusione in relazione ai bisogni effettivi.***	
§ 6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
§ 7.5 Salute mentale	*Raccordo nel testo.* Integrare cura e inclusione sociale mediante progetti personalizzati e Budget di salute, secondo i bisogni della persona.
§ 7.7 Dipendenze	**7.7.c** Uniformare la valutazione multidimensionale regionale per orientare la pianificazione personalizzata nei percorsi terapeutico-riabilitativi.
§ 7.8 Interventi per la salute mentale di comunità e del benessere dei giovani	**7.8.a** Migliorare il sistema di interventi per i giovani, definendo l'integrazione tra servizi aziendali e la strategia di sviluppo della salute mentale di comunità.
§ 7.9 Inclusione lavorativa	*Raccordo nel testo.* Promuovere l'inclusione lavorativa delle persone fragili e svantaggiate attraverso i canali e gli strumenti previsti dal

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
	paragrafo.
Transizioni e continuità assistenziale	
Continuità tra servizi per minori e adulti e dopo episodi acuti; passaggi concordati tra SerD, NPIA e salute mentale. La verifica della permanenza a 90 giorni e delle interruzioni non programmate resta specifica di A.3	
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.c** Proseguire l'analisi e la revisione dei percorsi informativi COT, implementando almeno una nuova transizione ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio.
§ 6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo	*Raccordo nel testo.* Assicurare la continuità e il passaggio programmato dai servizi per minori ai servizi per adulti, con raccordo tra NPIA, salute mentale e dipendenze.
§ 7.7 Dipendenze	**7.7.b** Garantire agli under 25 luoghi e percorsi di cura dedicati, con presa in carico anche del nucleo familiare e incremento delle persone seguite. **7.7.d** Migliorare la qualità dei dati SIND, adeguare conferimento e codifiche, accompagnare la transizione a ICD-10-IM e ridurre gli scarti per informazioni obbligatorie mancanti.
Profili organizzativi e formativi trasversali	
§ 10.2.4 Percorsi formativi Alzheimer e demenze	10.2.4.a: Programmare e avviare il percorso formativo regionale previsto dalla Linea 5 del Piano regionale Fondo Alzheimer e Demenze, Sanità

A.4 INTERCETTARE E PRENDERE IN CARICO IL DISAGIO DEI GIOVANI TRA 10 E 25 ANNI

Il percorso è rivolto agli adolescenti e ai giovani che presentano disagio psicologico, disturbi psichiatrici o del neurosviluppo, comportamenti a rischio, dipendenze o bisogni sociali e familiari che interferiscono significativamente con la salute, lo sviluppo, la frequenza scolastica e la partecipazione alla vita sociale.
La presenza di un disagio evolutivo, di una difficoltà scolastica o di un comportamento problematico non determina automaticamente l'attivazione di un percorso specialistico sanitario. La risposta deve essere graduata:

- gli interventi di promozione del benessere, prevenzione e sviluppo delle competenze personali e relazionali sono realizzati prevalentemente nei contesti educativi e di comunità;
- le situazioni di disagio iniziale o a bassa complessità accedono a interventi tempestivi di ascolto, orientamento, sostegno psicologico e supporto alla famiglia;
- le condizioni clinicamente significative sono valutate e trattate dai servizi sanitari competenti;
- i bisogni complessi, le comorbilità e le situazioni nelle quali coesistono disturbi psichiatrici, dipendenze e criticità sociali richiedono una presa in carico congiunta e coordinata da parte diversi soggetti sul territorio .

Il percorso collega pediatri di libera scelta e medici di assistenza primaria, consultori, servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, salute mentale, dipendenze, psicologia clinica, servizi sociali, scuola, servizi educativi e realtà di prossimità. Le Case della Comunità svolgono una funzione di accesso, orientamento e raccordo, senza duplicare le competenze dei servizi specialistici.
La scuola e le realtà di prossimità concorrono all'intercettazione precoce e all'attivazione dei canali di accesso nei limiti necessari alla realizzazione degli interventi e nel rispetto della volontà della persona, delle responsabilità genitoriali e della disciplina sulla protezione dei dati personali.
<u>Accesso e presa in carico</u>
L'accesso deve poter avvenire attraverso i diversi punti riconoscibili della rete. Il servizio che riceve la richiesta effettua una prima valutazione, orienta il percorso e mantiene la responsabilità del raccordo fino all'effettiva presa in carico da parte del servizio individuato. Il semplice invio ad altro servizio non costituisce conclusione del percorso.
Per le situazioni complesse devono essere assicurati:

- una valutazione multiprofessionale proporzionata al bisogno;
- l'individuazione del servizio responsabile del coordinamento clinico;
- un professionista referente del percorso;
- un progetto unitario contenente obiettivi sanitari, psicologici, sociali ed educativi, responsabilità e tempi di rivalutazione;
- modalità condivise di gestione delle crisi e delle urgenze;
- il coinvolgimento del giovane e, secondo l'età e la situazione, della famiglia;
- interventi attivi per prevenire l'interruzione non programmata del percorso.

La compresenza di un disturbo psichiatrico, di una dipendenza o di un bisogno sociale non può costituire motivo di esclusione o di rinvio reciproco tra servizi. Nelle situazioni di comorbilità, neuropsichiatria, salute mentale, dipendenze, consultorio e servizi sociali mantengono le rispettive responsabilità e concorrono alla definizione di un unico progetto.

In caso di mancata presentazione o interruzione non concordata, il servizio valuta il rischio e attiva tempestivamente azioni proporzionate di contatto e riaggancio. La chiusura amministrativa del caso deve essere preceduta da tentativi documentati di contatto, particolarmente nelle situazioni a rischio clinico o sociale elevato.

Transizione verso i servizi per adulti

Il compimento del diciottesimo anno non deve determinare l'interruzione del trattamento né un trasferimento automatico e indifferenziato ai servizi per adulti. Per ogni giovane con bisogno complesso già in carico, il servizio per minori verifica con anticipo la necessità di prosecuzione del percorso e individua, insieme al giovane, alla famiglia e ai servizi interessati, la soluzione assistenziale appropriata.

Il progetto di transizione è avviato, di norma, almeno sei mesi prima del compimento del diciottesimo anno e, nelle situazioni a maggiore complessità, preferibilmente dodici mesi prima. Esso contiene almeno:

- la valutazione aggiornata dei bisogni clinici, psicologici, funzionali, sociali ed educativi;
- il servizio o i servizi destinatari e i relativi referenti;
- il professionista responsabile del coordinamento della transizione;
- la sintesi del percorso svolto, della terapia, dei fattori di rischio e delle strategie di gestione delle crisi;
- gli interventi che devono proseguire senza soluzione di continuità;
- la data della valutazione congiunta e del primo contatto con il servizio per adulti;
- le modalità di coinvolgimento del giovane e della famiglia;
- le modalità di condivisione della documentazione e delle informazioni necessarie.

Il servizio per adulti partecipa alla valutazione prima del compimento della maggiore età. Il servizio per minori mantiene il raccordo fino all'avvenuto primo contatto e alla formale accettazione del percorso da parte del servizio destinatario. Qualora non sussistano i criteri per la presa in carico specialistica da parte dei servizi per adulti, deve essere definita un'alternativa esplicita e accompagnata, che può coinvolgere assistenza primaria, consultorio, psicologia, servizi sociali o altre risorse territoriali.

Il percorso collega PLS e MMG, consultori, neuropsichiatria infantile, salute mentale, servizi per le dipendenze, psicologia, scuola, servizi sociali e realtà di prossimità.

Particolare attenzione è riservata:

- all'intercettazione precoce;
- all'accesso senza frammentazioni;
- alla gestione congiunta dei bisogni psicologici, psichiatrici, sociali e legati alle dipendenze;
- alla continuità tra servizi per minori e servizi per adulti;
- alla prevenzione dell'abbandono del percorso.

A.4.1 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria

Titoli e obiettivi in forma sintetica; indicatori, target, scadenze e responsabilità restano quelli delle schede riportate nelle Linee di attività di gestione ordinaria.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Prevenzione e promozione della salute **Promozione del benessere nei contesti scolastici e comunitari, prevenzione dei comportamenti a rischio e intercettazione precoce. Collegamento tra servizi e reti educative, sociali e di prossimità**	
§ 1.5.1Scuole che promuovono salute	**1.5.1.a** Promuovere l'adesione degli istituti scolastici alla rete delle Scuole che promuovono salute. **1.5.1.b** Realizzare, nelle scuole aderenti alla rete, interventi presenti nel documento regionale delle pratiche raccomandate. **1.5.1.c** Diffondere l'approccio globale alla salute nelle scuole, promuovendo la compilazione del profilo di salute degli istituti aderenti alla rete. **1.5.1.d** Diffondere l'approccio globale alla salute nelle scuole, organizzando incontri con referenti salute e dirigenti degli istituti non aderenti alla rete.
§ 1.6 Dipendenze	**1.6.a** Promuovere l'intercettazione precoce dei comportamenti a rischio attraverso presidi territoriali integrati, facilitando l'accesso ai servizi sociosanitari e sostenendo la prevenzione delle dipendenze nella popolazione generale e vulnerabile.
§ 6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
Assistenza territoriale ***Prima risposta e orientamento attraverso PLS, MMG e CdC; raccordo con la salute mentale. Formazione dei professionisti sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e utilizzo di strumenti multiprofessionali Rafforzamento della NPIA, accesso ai percorsi per disturbi alimentari e dipendenze e qualità delle informazioni. Le accoglienze post-acuzie del § 6.7.b sono servizi territoriali ad alta intensità terapeutico-riabilitativa***	
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.d** Proseguire l'implementazione dei percorsi e degli strumenti regionali di presa in carico territoriale, attivando almeno un ulteriore percorso o strumento multiprofessionale.
§ 6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
§ 6.6 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	**6.6.a** Monitorare l'epidemiologia dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione negli adulti e nei minori, con report alla DCS sull'anno 2027. **6.6.b** Formare sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione il personale di emergenza-urgenza e PS, i MMG, i PLS e gli altri operatori coinvolti. **6.6.c** Aggiornare il PDTA regionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, trasmettendo la proposta alla DCS
§ 6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo	**6.7.a** Definire la strategia aziendale di rafforzamento della NPIA: capacità di presa in carico, riduzione delle attese e sperimentazione dell'accoglienza residenziale post-acuzie. **6.7.b** Sperimentare un servizio residenziale NPIA ad alta intensità terapeutico-riabilitativa, con équipe multiprofessionale e operatività continuativa 24 ore su 24, sette giorni su sette. **6.7.c** Migliorare qualità e fruizione dei dati NPIA mediante l'inserimento delle diagnosi ICD-10-IM dei casi in carico. **6.7.d** Migliorare qualità e fruizione dei dati NPIA mediante report sulla correttezza e completezza dei dati PoinT e sulla congruenza con il data warehouse.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
§ 7.5 Salute mentale	**7.5.a** Migliorare accessibilità, intercettazione precoce e presa in carico dei bisogni di salute mentale a bassa e media complessità, sperimentando l'integrazione tra salute mentale e Case della Comunità hub.
§ 7.7 Dipendenze	**7.7.b** Garantire agli under 25 luoghi e percorsi di cura dedicati, con presa in carico anche del nucleo familiare e incremento delle persone seguite.
Assistenza ospedaliera ***Gestione delle fasi acute e raccordo con i servizi territoriali per prosecuzione e post-acuzie***	
§ 6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo	*Raccordo nel testo.* Integrare NPIA, pediatria e rete ospedaliera per la gestione dell'acuzie e la continuità delle cure.
Integrazione sociosanitaria e comunitaria ***Progetti condivisi con famiglie, scuola e servizi sociali; risposte residenziali appropriate, inclusione e sostegno alla partecipazione. Il coordinamento aziendale per i giovani collega gli apporti dei diversi servizi***	
§ 6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità
§ 7.3 Minori e famiglie – consultori	**7.3.a** Aggiornare gli accordi tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali per le équipe multiprofessionali dell'affido familiare, definendone funzioni, compiti e modalità operative.
§ 7.4 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	*Raccordo nel testo.* Sviluppare la collaborazione tra sanità e scuola nel progetto Successo Formativo e completare l'offerta residenziale terapeutico-riabilitativa per i minori.
§ 7.5 Salute mentale	*Raccordo nel testo.* Sostenere i progetti personalizzati e il Budget di salute, integrando interventi sanitari, sociali e di inclusione.
§ 7.8 Interventi per la salute mentale di comunità e del benessere dei giovani	**7.8.a** Migliorare il sistema di interventi per i giovani, definendo l'integrazione tra servizi aziendali e la strategia di sviluppo della salute mentale di comunità.
Transizioni e continuità assistenziale ***Passaggio accompagnato da NPIA ai servizi per adulti, raccordo con salute mentale e SerD, continuità dopo la dimissione e riaggancio.***	
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.c** Proseguire l'analisi e la revisione dei percorsi informativi COT, implementando almeno una nuova transizione ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio.
§ 6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo	*Raccordo nel testo.* Programmare la transizione all'età adulta e assicurare la continuità tra NPIA e servizi per adulti.
§ 7.7 Dipendenze	**7.7.b** Garantire agli under 25 luoghi e percorsi di cura dedicati, con presa in carico anche del nucleo familiare e incremento delle persone seguite.
Profili organizzativi e formativi trasversali	
§ 6.6 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	**6.6.b** Formare sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione il personale di emergenza-urgenza e PS, i MMG, i PLS e gli altri operatori coinvolti.

A.5 NASCERE E CRESCERE NELLA COMUNITÀ: PERCORSO NASCITA E PRIMA INFANZIA

L'obiettivo del percorso è assicurare la continuità della presa in carico della donna, del bambino e della famiglia dalla fase preconcezionale fino al compimento del sesto anno di vita, sostenere le competenze genitoriali e la relazione precoce genitore-bambino e intercettare tempestivamente le vulnerabilità cliniche, relazionali e sociali che possono compromettere lo sviluppo, prevenendo la presa in carico tardiva da parte dei servizi specialistici e il

ricorso improprio all'ospedale.

Il percorso ha come limite temporale massimo il sesto anno di vita, ma i suoi esiti si manifestano e si misurano in età successive: la copertura vaccinale MPR a sei anni, il tasso di ospedalizzazione pediatrica per asma e gastroenterite, gli accessi impropri in Pronto soccorso dei minori, la diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento e la prevenzione odontoiatrica in età evolutiva misurano, in larga parte, la qualità dell'intercettazione avvenuta nei primi sei anni.

Il percorso assume la Casa della Comunità quale nodo di raccordo della rete che accompagna la nascita e la prima infanzia. Il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, colloca le attività consultoriali e le attività rivolte ai minori tra i servizi facoltativi della Casa della Comunità. La linea d'intervento per il percorso A.5 non presuppone pertanto il trasferimento dell'attività consultoriale presso le Case della Comunità né alcuna modifica dell'assetto dei consultori familiari, dei punti nascita e della pediatria di libera scelta, che mantengono sede, competenze e responsabilità proprie.

Ciò che il percorso richiede di implementare è la funzione di raccordo che la Casa della Comunità e i relativi punti di accesso svolgono nella gestione del percorso: intercettazione precoce, orientamento, accesso unico attraverso il PUA, attivazione dell'équipe multiprofessionale nelle situazioni complesse, monitoraggio della continuità tra i diversi nodi della rete e riaggancio delle situazioni che si interrompono, senza duplicare le competenze specialistiche del consultorio familiare, del punto nascita, della pediatria di libera scelta e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Tale funzione si esercita attraverso gli strumenti già individuati nei punti precedenti: il PUA, quale funzione distrettuale unica di accesso, orientamento e attivazione dei percorsi, e la COT, per il coordinamento delle transizioni la cui composizione allargata potrebbe comprendere, per questa linea, l'ostetrica e il ginecologo del consultorio familiare, gli psicologi e i professionisti della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dei servizi sociali dei Comuni. Per ciascuna Casa della Comunità sono individuati il consultorio familiare, i Pediatri di libera scelta e il punto nascita di riferimento, in modo che la donna e la famiglia trovino un interlocutore riconoscibile in ogni fase del percorso e non debbano ricostruire autonomamente il collegamento tra i servizi.

La gravidanza fisiologica e la nascita non determinano automaticamente l'attivazione di percorsi specialistici, di valutazioni multidimensionali o di un Progetto assistenziale individuale. La risposta deve essere graduata in relazione alla complessità:

- la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita fisiologici sono seguiti nell'ambito del percorso nascita ordinario, assicurato dal consultorio familiare, dal punto nascita, dal Pediatra di libera scelta e dal Dipartimento di prevenzione, con le azioni di offerta attiva, promozione della salute e sorveglianza rivolte all'intera popolazione;
- le situazioni di vulnerabilità sociale, relazionale o psicologica intercettate in gravidanza o nel puerperio (isolamento, fragilità del contesto familiare, disagio psichico perinatale, minore età o recente immigrazione della madre) accedono a programmi proattivi di accompagnamento, a interventi domiciliari mirati e al raccordo strutturato con i Servizi sociali dei Comuni;
- le condizioni cliniche significative del neonato o del bambino (prematurità, patologie neonatali, esiti di percorsi in terapia intensiva neonatale, sospetto ritardo dello sviluppo, patologie croniche o rare) sono valutate e trattate dai servizi specialistici ospedalieri e dalla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, ferma restando la responsabilità clinica del Pediatra di libera scelta sul percorso complessivo del bambino;
- le situazioni nelle quali coesistono fragilità clinica del bambino, fragilità del contesto familiare e bisogni sociali interdipendenti sono sottoposte a valutazione multiprofessionale e, quando necessario, a presa in carico integrata con un unico Progetto assistenziale individuale.

In ciascun Distretto è attivato il percorso nascita e prima infanzia, rivolto a tutte le donne in gravidanza, ai neonati e ai bambini fino al sesto anno di vita, con priorità per le situazioni di vulnerabilità clinica o sociale identificate in gravidanza, alla dimissione dal punto nascita o nel corso dei bilanci di salute.

Il percorso è governato dal Distretto e integra le Case della Comunità, i consultori familiari, i Pediatri di libera scelta e i medici di assistenza primaria, i punti nascita e le neonatologie, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, la psicologia, il PUA e la COT, i servizi sociali dei Comuni, i servizi educativi 0-6 anni e le risorse della comunità. In epoca prenatale e nel puerperio la responsabilità clinica è assicurata dal punto nascita e dal consultorio familiare secondo l'intensità del bisogno; dalla dimissione dal punto nascita il Pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica del bambino. Per le situazioni complesse l'équipe individua un case manager, scelto in relazione al bisogno prevalente e non necessariamente coincidente con la figura sanitaria.

Il PUA assicura un accesso unico e riconoscibile anche per la donna in gravidanza e per la famiglia con bambini piccoli, evitando che sia la famiglia a dover individuare autonomamente il servizio competente e a ripetere le medesime informazioni presso interlocutori diversi.

La dimissione dal punto nascita costituisce a tutti gli effetti una transizione ospedale-territorio. Per i nati individuati a rischio clinico o sociale secondo criteri regionali, la segnalazione deve avvenire prima della dimissione e la transizione si considera conclusa solo a seguito del contatto documentato della famiglia da parte del servizio territoriale responsabile.

A.5.1 Contenuti minimi del percorso

Il percorso garantisce:

- l'offerta attiva del bilancio di salute preconcezionale, dei percorsi di accompagnamento alla nascita e della sorveglianza della gravidanza fisiologica presso il consultorio familiare, con presa in carico ostetrica riconoscibile e continuativa, secondo quanto previsto dall'Agenda della gravidanza, e con modalità di accesso e orientamento assicurate anche attraverso la Casa della Comunità e il PUA;
- l'offerta attiva delle immunizzazioni previste in gravidanza e alla nascita, in particolare della vaccinazione antinfluenzale e antipertosse alla gravida e dell'immunizzazione con anticorpo monoclonale anti-RSV del nuovo nato;
- l'esecuzione degli screening neonatali previsti dai LEA – screening metabolico esteso, screening audiologico e oftalmologico, screening per la displasia evolutiva dell'anca, pulsossimetria per le cardiopatie congenite critiche – e la definizione, per ciascuno, del percorso di approfondimento e presa in carico in caso di esito positivo;
- la promozione e il sostegno dell'allattamento e dell'alimentazione complementare responsiva, con registrazione del dato alla dimissione dal punto nascita e in occasione della seconda seduta vaccinale;
- la visita domiciliare puerperale, offerta a tutti i nuovi nati nei primi giorni successivi alla dimissione e rafforzata per le situazioni di vulnerabilità, con valutazione dello stato di salute della madre e del neonato, dell'allattamento, del benessere psichico materno e del contesto familiare;
- l'esecuzione dei bilanci di salute secondo il calendario regionale, con strumenti standardizzati di sorveglianza dello sviluppo neuromotorio, cognitivo, linguistico e relazionale, secondo il protocollo regionale per l'individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da parte dei Pediatri di libera scelta, e la registrazione degli esiti nei sistemi informativi disponibili;
- il rispetto del calendario vaccinale e il recupero attivo delle mancate vaccinazioni, con particolare attenzione alle famiglie che non accedono spontaneamente ai servizi;

- l'identificazione precoce delle situazioni di vulnerabilità psicosociale, mediante criteri condivisi applicati in gravidanza, alla dimissione e in occasione dei bilanci di salute, con attivazione dell'équipe multiprofessionale nelle situazioni di effettiva complessità;
- un percorso strutturato di invio alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in presenza di segnali di rischio o di sospetto ritardo dello sviluppo, con tempi di accesso definiti e responsabilità del raccordo in capo al servizio inviante fino all'effettiva presa in carico;
- la valutazione delle condizioni e dei bisogni dei genitori, con particolare riferimento al disagio psichico perinatale, evitando di trasferire impropriamente sulla famiglia attività che richiedono competenze professionali;
- la continuità informativa tra punto nascita, consultorio familiare e Pediatra di libera scelta alla dimissione, tra servizi sanitari e servizi educativi 0-6 anni nei successivi passaggi.

A.5.2 Raccordo con gli obiettivi prioritari delle presenti Linee

La linea d'attività del percorso A.5 non costituisce un ambito separato rispetto agli obiettivi prioritari già individuati nelle presenti Linee, ma rappresenta, per la popolazione della gravidanza e della prima infanzia, la componente territoriale attraverso la quale diversi di quegli obiettivi possono essere effettivamente conseguiti. In particolare:

- l'obiettivo sulla riduzione della quota di prescrizioni con criterio RAO "Altro (10%)" ha per destinatari i MMG, i PLS e i MCA;
- gli obiettivi sul contenimento della quota di prenotazioni in classe P riguardano, tra le prestazioni individuate, la Prima visita ginecologica (53,0%) e l'Ecografia ginecologica (48,9%): l'analisi delle cause e delle possibili soluzioni organizzative richiesta alle Aziende deve considerare esplicitamente la quota riconducibile ai controlli della gravidanza fisiologica impropriamente registrati come primo accesso, e assumere il rafforzamento della presa in carico ostetrica tra le soluzioni organizzative da valutare;
- gli obiettivi in materia di gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso, e in particolare l'indicatore LEA NSG D06C sugli accessi in codice bianco/verde dei minori 0-14 anni, trovano nella linea d'attività del percorso A.5 la corrispondente leva territoriale per la fascia 0-6 anni, che ne rappresenta una quota rilevante;
- l'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo compare tra le Aziende destinatarie di tutti gli obiettivi prioritari sopra richiamati: la linea d'attività del percorso A.5 ne esplicita il ruolo di riferimento regionale per il percorso nascita e per l'alta complessità pediatrica, in raccordo con i Distretti e con le Case della Comunità.

La linea d'attività del percorso A.5 si raccorda con la sezione Percorso nascita delle presenti Linee – Rete neonatologica e punti nascita e Assistenza materno infantile – che continua a governare gli standard di sicurezza, i volumi di attività e l'assetto delle strutture, con la sezione dedicata al miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive per il calendario vaccinale dell'età evolutiva, con la sezione "Investire in salute nei primi 1000 giorni" e con il Programma regionale di odontoiatria pubblica per la prevenzione odontoiatrica in età evolutiva. Ne assume gli standard e ne governa il raccordo con la rete distrettuale, con particolare riferimento alla dimissione del neonato e alla presa in carico territoriale successiva.

A.5.3 Raccordo con i paragrafi settoriali e gli obiettivi posti nelle Linee di attività di gestione ordinaria

Il prospetto seguente riporta, per ciascuna delle sue dimensioni, gli obiettivi già previsti dalle presenti Linee che insistono sulla gravidanza, sul parto e sulla prima infanzia. Il percorso A.5 non li sostituisce né li duplica: ne assume indicatori e target e vi aggiunge la funzione di raccordo distrettuale e gli elementi di percorso oggi non presidiati.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
Prevenzione e promozione della salute ***Prevenzione preconcezionale, vaccinazioni e immunizzazioni pertinenti, sostegno all'allattamento e alla genitorialità, alimentazione e screening prenatali e neonatali. I programmi mantengono le rispettive popolazioni e scadenze***	
§ 1.2 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	**1.2.c** Migliorare la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib). **1.2.d** Migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR). **1.2.h** Migliorare la copertura vaccinale di MPR eseguite a 6 anni. **1.2.i** Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nelle gravide. **1.2.r** Aumentare la copertura dell'immunizzazione anticorpo monoclonale anti RSV durante la stagione epidemica.
§ 1.8 Investire in salute nei primi 1000 giorni	**1.8.a** Organizzare eventi formativi sui determinanti di salute nei primi 1000 giorni, Nurturing Care, sicurezza domestica e sostegno alla genitorialità responsiva. **1.8.b** Promuovere l'adesione al bilancio di salute preconcezionale. **1.8.c** Promuovere e sostenere l'allattamento attraverso la formazione degli operatori dedicati con metodologia PBL. **1.8.e** Promuovere e sostenere l'allattamento, registrando il dato rilevato alla seconda vaccinazione. **1.8.g** Sostenere la genitorialità promuovendo la partecipazione di donne e coppie ai corsi postnatali, fino a sei settimane dopo la nascita.
§ 1.10.1 Alimentazione, salute e sostenibilità	*Raccordo nel testo.* Proseguire il counselling nutrizionale in età preconcezionale e in gravidanza, in continuità con il programma dei primi 1000 giorni.
§ 4.2 Assistenza materno infantile	**4.2.o** Implementazione degli screening genetici neonatali per le SCID. **4.2.p** Screening prenatale non invasivo (NIPT).
Assistenza territoriale ***Sorveglianza dello sviluppo da parte dei PLS, protocollo per l'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo e invio accompagnato alla NPIA. Raccordo con il consultorio e con l'Agenda della gravidanza Raccordo CdC–consultorio, accesso tempestivo ai servizi del neurosviluppo e qualità dei dati***	
§ 1.8 Investire in salute nei primi 1000 giorni	**1.8.h** Partecipare alla definizione del protocollo regionale per l'individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da parte dei PLS, mediante l'istituzione del gruppo di lavoro. **1.8.i** Partecipare alla definizione del protocollo regionale per l'individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da parte dei PLS e trasmetterlo alla DCS.
§ 4.2 Assistenza materno infantile	**4.2.k** Definire un PDTA regionale per uniformare gli interventi nel campo della salute mentale perinatale. **4.2.m** Formare il personale dedicato sullo screening della salute mentale perinatale. **4.2.q** Concorrere, attraverso i Comitati percorso nascita aziendali, alla revisione e all'aggiornamento dell'Agenda della gravidanza secondo le indicazioni regionali.
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.a** Individuare la Casa della comunità attiva di riferimento per ogni Consultorio familiare e disciplinare accesso, segnalazioni, responsabilità del raccordo e tempi di risposta.
§ 6.1.1Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico	**6.1.1.a** Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
§ 6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo	*Raccordo nel testo.* Favorire l'intercettazione precoce dei bisogni del neurosviluppo e l'accesso ai servizi NPIA, in raccordo con la pediatria di libera scelta **6.7.a** Definire la strategia aziendale di rafforzamento della NPIA: capacità di presa in carico, riduzione delle attese e sperimentazione dell'accoglienza residenziale post-acuzie. **6.7.c** Migliorare qualità e fruizione dei dati NPIA mediante l'inserimento delle diagnosi ICD-10-IM dei casi in carico. **6.7.d** Migliorare qualità e fruizione dei dati NPIA mediante report sulla correttezza e completezza dei dati PoinT e sulla congruenza con il data warehouse
Assistenza ospedaliera ***Sicurezza e organizzazione dei punti nascita, qualità e appropriatezza dell'assistenza al parto e trasporto materno-neonatale. Il raccordo territoriale si integra con le responsabilità della rete ospedaliera***	
§ 1.8 Investire in salute nei primi 1000 giorni	**1.8.d** Promuovere e sostenere l'allattamento, garantendo l'inserimento delle schede nel portale alla dimissione dal punto nascita
§ 4.1 Rete neonatologica e punti nascita	**4.1.a** Sospendere i punti nascita con volumi inferiori alla soglia di 500 parti nel 2026, fatte salve le deroghe ministeriali concesse o già richieste dalla Regione e ancora in attesa di riscontro.
§ 4.2 Assistenza materno infantile	**4.2.a** Formare il personale ostetrico del percorso nascita a basso rischio ostetrico sulla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, travaglio, parto e nel neonato. **4.2.b** Monitorare gli indicatori del parto a basso rischio ostetrico mediante la compilazione della scheda informatizzata. **4.2.c** Migliorare la percentuale di episiotomie depurate, secondo l'indicatore NTSV. **4.2.d** Migliorare la percentuale di parti operativi con forcipe o ventosa. **4.2.e** Migliorare la percentuale di tagli cesarei depurati. **4.2.f** Migliorare la percentuale di cesarei primari nelle maternità di I livello o con meno di 1000 parti. **4.2.g** Contenere i cesarei primari nelle maternità con più di 1000 parti. **4.2.n** Monitorare il trasporto in emergenza materno e neonatale e trasmettere alla DCS il report dell'audit effettuato nel 2027.
Integrazione sociosanitaria e comunitaria ***Sostegno postnatale alla genitorialità, salute mentale perinatale e accompagnamento delle vulnerabilità. Integrazione con i servizi sociali quando necessaria; l'obiettivo sull'affido riguarda uno specifico sottoinsieme di situazioni familiari***	
§ 7.3 Minori e famiglie – consultori	**7.3.a** Aggiornare gli accordi tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali per le équipe multiprofessionali dell'affido familiare, definendone funzioni, compiti e modalità operative.
Transizioni e continuità assistenziale **Protocollo di continuità punto nascita–territorio, primo appuntamento, visita domiciliare puerperale e audit congiunti. Continuità informativa sull'allattamento e raccordo COT per i nati a rischio**	
§ 4.2 Assistenza materno infantile	**4.2.h** Promuovere l'integrazione ospedale-territorio mediante protocolli formalizzati di continuità assistenziale dei punti nascita.

Paragrafo settoriale	Obiettivi e codici indicatori riconducibili al percorso
	4.2.i Promuovere l'integrazione ospedale-territorio con il primo appuntamento territoriale della coppia mamma-bambino entro 72 ore dalla dimissione. **4.2.j** Promuovere l'integrazione ospedale-territorio mediante la visita domiciliare ostetrica alle puerpere eleggibili entro sette giorni dal parto. **4.2.l** Promuovere l'integrazione ospedale-territorio mediante incontri annuali di audit e confronto.
§ 6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali	**6.1.c** Proseguire l'analisi e la revisione dei percorsi informativi COT, implementando almeno una nuova transizione ospedale-territorio, territorio-ospedale o territorio-territorio.
§ 11.7.1.3 Centrali Operative Territoriali - COT (Missione 6 C 1 I1.2.2)	*Raccordo nel testo.* Consolidare l'utilizzo della COT nelle transizioni assistenziali e nelle dimissioni protette, sviluppando i modelli operativi e l'integrazione con Cartella Utente 4.0 e FSE.

B. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

B.1 IL NUOVO PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2026-2028

Con decreto del Ministro della salute 26 giugno 2026, adottato previa Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome dell'11 giugno 2026 (Rep. Atti n. 88/CSR) e pubblicato nel Supplemento ordinario n. 32 alla Gazzetta Ufficiale n. 195 del 24 agosto 2026, è stato adottato il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2026-2028, unitamente agli allegati da A a G che ne costituiscono parte integrante.
Il PNGLA 2026-2028 non si limita ad aggiornare gli standard di attesa: sposta l'asse del governo dell'accesso dalla sola organizzazione dell'offerta all'analisi del bisogno, all'appropriatezza prescrittiva e alla presa in carico, assumendo quali assi di riferimento l'analisi dei bisogni e il governo della domanda, i nuovi sistemi di garanzia dell'offerta, i sistemi di monitoraggio e i flussi informativi, la comunicazione e la trasparenza, l'armonizzazione con il sistema di governance istituzionale.

L'articolo 2 del decreto dispone che, entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore, le Regioni e le Province autonome adottino i propri Piani regionali di governo delle liste di attesa (PRGLA), prevedendone l'aggiornamento annuale ai sensi dell'articolo 2, comma 5, del decreto-legge n. 73/2024, convertito con modificazioni dalla legge n. 107/2024.

I Piani regionali devono prevedere regole e strumenti atti a garantire, per l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, al Day service e ai PDTA.

Il Piano attuativo aziendale (PAA) dovrà declinare, per ciascuna linea di intervento del PRGLA, le azioni, i soggetti responsabili, la tempistica e gli indicatori di verifica, con specifico riguardo agli ambiti territoriali di garanzia, ai percorsi di tutela e alle regole di gestione delle preliste, all'inclusione nel sistema CUP della totalità delle agende, alla presa in carico e prenotazione contestuale delle prestazioni successive al primo accesso, ai percorsi semplificati per la classe di priorità U, ai modelli di Day Service e alle modalità di rimodulazione e recupero delle attività elettive in fase emergenziale.

Quanto all'assetto delle responsabilità, a livello regionale affida la vigilanza al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), mentre a livello aziendale il presidio organizzativo del governo dell'accesso resta materia del Piano attuativo aziendale.

Tra le linee di intervento che il nuovo Piano introduce, il presente capitolo sviluppa per il 2027 due obiettivi: l'adozione del Programma attuativo aziendale, che ne costituisce il presupposto, e la valorizzazione delle Case della Comunità nel governo dell'accesso, che il PNGLA riconosce per la prima volta quali nodi in grado di incidere sulla consistenza delle liste e che si salda con le linee strategiche del programma regionale dell'assistenza territoriale.

B.1.1 Adozione del Programma attuativo aziendale del Piano regionale di governo delle liste di attesa

Per l'anno 2027 è assegnato alle Aziende il seguente obiettivo:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.1.a	Adozione del Programma attuativo aziendale (PAA) del Piano regionale di governo delle liste di attesa, quale strumento di traduzione operativa a livello aziendale del PNGLA 2026-2028, con individuazione delle strutture pubbliche e private accreditate che concorrono all'offerta e alla rilevazione dei tempi di attesa	Adozione formale del PAA trasmessa a DCS e ARCS	entro 60gg dalla DGR di approvazione del PRGLA	ASFO	entro 60gg dalla DGR di approvazione del PRGLA	Supporta le Aziende per le componenti informative, di piattaforma e di monitoraggio; verifica la coerenza dei PAA con il PRGLA	Predispone il PRGLA e i contenuti minimi del PAA
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

B.1.2 Le Case della Comunità come nodi di erogazione della specialistica ambulatoriale

Il nuovo Piano dispone invece che i Piani regionali e aziendali di governo delle liste d'attesa promuovano l'organizzazione delle Case della Comunità in équipe tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità e altri professionisti, e ne garantiscano i servizi previsti dal D.M. 77/2022. Il Piano precisa che «l'erogazione di tali servizi determina un prevedibile impatto diretto sulla riduzione della consistenza delle liste d'attesa e dei tempi di attesa presso gli erogatori tradizionali», e vi aggiunge un impatto indiretto, consistente nell'intercettare «la ricorsività, la ridondanza e la frammentazione degli accessi legati alla percezione di incompletezza tipica del modello assistenziale a silos». Le prestazioni assorbite dalla Casa della Comunità sono in prevalenza controlli e follow-up della cronicità. Il trasferimento della presa in carico della cronicità produce un effetto sui tempi di attesa soltanto se la capacità che esso libera presso gli erogatori tradizionali viene effettivamente riconvertita in offerta di primo accesso sulle medesime discipline; diversamente si ottiene una redistribuzione dei luoghi di erogazione senza alcun beneficio sugli indicatori di garanzia. I tre passaggi — individuazione delle prestazioni trasferibili, trasferimento con agenda visibile nel sistema CUP, riconversione della capacità liberata — sono pertanto concatenati, e il quarto indicatore ne misura l'esito.

Va inoltre segnalata la convergenza con l'obiettivo sul contenimento della quota di prenotazioni in classe P: l'analisi regionale ha ricondotto l'inappropriatezza prescrittiva in larga parte a controlli e follow-up registrati impropriamente come primo accesso. I due obiettivi affrontano lo stesso fenomeno da versanti complementari — l'uno sul piano della corretta qualificazione della prescrizione, l'altro sul piano dell'organizzazione, offrendo a quei controlli una sede propria di erogazione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.2.a	Trasferimento alle Case della Comunità della presa in carico ambulatoriale della cronicità per le discipline a elevata prevalenza, con contestuale riconversione in offerta di primo accesso, presso gli erogatori tradizionali e per le medesime discipline, della capacità produttiva così liberata	Documento aziendale che individua, per le discipline a elevata prevalenza, le prestazioni di controllo e follow-up trasferibili alle Case della Comunità, trasmesso a DCS e ARCS	30.06.2027	ASFO	30.06.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			

B.2 GOVERNO DELLA DOMANDA E APPROPRIATEZZA

I Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), già introdotti a livello regionale con la d.g.r. n. 1815 del 25.10.2019 (Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021) e ora confermati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2026-2028, classificano le prescrizioni di specialistica ambulatoriale in classi di priorità clinica omogenee. Negli ultimi anni la Regione ha completato l'implementazione dei sistemi informativi a supporto della prescrizione digitalizzata ambulatoriale con utilizzo dei RAO, rendendo obbligatoria, da luglio 2025, la selezione del criterio RAO in fase di prescrizione. Il riferimento è rappresentato dal documento AGENAS "Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Le Linee annuali per la gestione per l'anno 2026 hanno posto un obiettivo specifico sull'utilizzo massimo del quesito "Altro" in fase di prescrizione, fissando un target di utilizzo dell'opzione "Altro" non superiore al 20%.

Il monitoraggio più recente relativo al primo semestre 2026 ha evidenziato come tale target abbia serie difficoltà nel suo raggiungimento ha mostrato un comportamento differenziato tra le principali categorie di prescrittori. Per gli Specialisti, a fronte di un tasso di digitalizzazione del RAO ormai prossimo alla totalità delle prescrizioni potenziali (346.449 su 346.488, pari a circa il 100%), la quota di prescrizioni con indicazione clinica "Altro" si attesta al 51,3% del totale RAO. Per i MMG/PLS/MCA il tasso di digitalizzazione del RAO risulta ancora parziale (954.908 prescrizioni RAO su 1.447.155 potenziali, pari a circa il 66%), e la quota di "Altro" si attesta al 44,4%.

Un utilizzo eccessivo del criterio "Altro 10%" vanifica di fatto l'introduzione dei RAO e ne annulla l'effetto atteso sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva: un assessment condotto nell'ambito di un progetto regionale di intelligenza artificiale a supporto del monitoraggio delle liste di attesa evidenzia infatti come l'appropriatezza si attesti all'89,3% per le prescrizioni con RAO effettivamente selezionato, contro il 55,9% per quelle con RAO non selezionato o con indicazione "Altro 10%" -- una differenza di oltre 33 punti percentuali. Il target 2027 rimane pertanto ancorato alla riduzione della quota di prestazioni richieste con criterio "Altro 10%", distintamente per le due principali categorie di prescrittore, per le quali il fenomeno presenta oggi un'incidenza diversa. Contenimento dell'utilizzo del criterio "Altro 10%" nella selezione del RAO.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.2.a	Riduzione della quota di prescrizioni richieste dagli Specialisti con criterio RAO	% di prescrizioni con indicazione clinica "Altro-10%" sul totale delle prescrizioni con RAO, per gli	Riduzione rispetto al valore gen-ago 2026 (51,89%) di 10 punti	ASFO	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 42.76%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	"Altro (10%)"	Specialisti	percentuali	ASUFC	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 52,31%)*		
				ASUGI	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 55,86%)*		
				BURLO	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 41,30%)*		
				CRO	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 59,31%)*		
B.2.b	Riduzione della quota di prescrizioni richieste dai MMG/PLS/MCA con criterio RAO "Altro (10%)"	% di prescrizioni con indicazione clinica "Altro-10%" sul totale delle prescrizioni con RAO, per i MMG/PLS/MCA	Riduzione rispetto al valore gen-ago 2026 (44,09%) di 10 punti percentuali	ASFO	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 34,31%)*		
				ASUFC	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 47,47%)*		
				ASUGI	Riduzione rispetto al valore di partenza 2026 di 10 punti percentuali *(valore gen-ago 2026: 46,47%)*		

La scheda di concordanza tra la priorità attribuita in fase di prescrizione e il quesito diagnostico è uno strumento già in uso a livello aziendale tramite il quale lo specialista che eroga la prestazione può rilevare, rispetto al quesito diagnostico esplicitato dal prescrittore, un esito di "nessuna priorità" -- qualora la prestazione risulti totalmente inappropriata - oppure di priorità discordante rispetto al quesito stesso. L'estensione sistematica dell'utilizzo di tale strumento consente di intercettare, a valle dell'erogazione, criticità nell'attribuzione della priorità che il solo monitoraggio del quesito "Altro-10%" non è in grado di cogliere.

Per l'anno 2027 la scheda di concordanza è compilata in modo sistematico alle prestazioni comprese nell'elenco riportato nella tabella che segue, limitatamente alle prescrizioni redatte con criterio RAO "Altro (10%)".

Elenco delle prestazioni oggetto di compilazione della scheda di concordanza

N.	Prestazione
1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA *Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA*
2	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA *Incluso: ECG (89.52)*
3	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE *Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.8, 93.01.9, 93.01.A, 93.01.B, 93.01.C, 93.01.D, 93.09.3, 93.09.4 e 93.09.5*
4	PRIMA VISITA NEFROLOGIC *Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto*
5	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA *Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)*
6	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA *Incluso: eventuale osservazione in epiluminescenza*
7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA *Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare*
8	PRIMA VISITA OCULISTICA *Incluso: esame del visus, refrazione con eventuale prescrizione di lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi con o senza midriasi farmacologica*
9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA *Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume*
10	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA *Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale*
11	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
12	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA *Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa*
13	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA

B.2.1 Qualità della compilazione del RAO (scheda concordanza)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.2.1.a	Compilazione della scheda di concordanza da parte dello specialista	% di schede di concordanza compilate sul totale delle prestazioni comprese nell'elenco erogate a fronte di prescrizioni con criterio RAO "Altro (10%)"	≥ 50%	ASFO	≥ 50%		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
B.2.1.b	Analisi dei dati di concordanza e definizione delle azioni di miglioramento	Realizzazione di un'analisi degli esiti delle schede di concordanza, per prestazione, con declinazione delle azioni di miglioramento, responsabilità e tempi di attuazione	Relazione con analisi degli esiti e azioni di miglioramento, trasmessa a DCS e ARCS entro il 30.6.2027	ASFO	Entro 30.6.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

B.3 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

In attuazione dell'articolo 1 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie), conv. in legge con modd. dalla legge n. 107/2024 la Regione Friuli Venezia Giulia ha collaborato con AGENAS nell'ambito dell'attivazione della *Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNLA)*, sistema informativo centralizzato e interoperabile con le piattaforme regionali in materia di agende e liste di attesa. Nel corso del 2025 la Regione, anche per il tramite del Tavolo Tecnico di Lavoro dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali coordinato dal RUAS, ha partecipato attivamente ai lavori promossi da AGENAS nell'ambito del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), che hanno comportato un significativo lavoro di confronto tecnico sulle modalità di rilevazione, classificazione e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. I risultati del monitoraggio relativi al confronto tra I° semestre 2025 e quello 2026 ha evidenziato un miglioramento del rispetto dei tempi massimi di attesa sia per le Prime Visite (dal 63,3% al 67,9%) sia per gli Esami Diagnostici (dal 76,1% all'80,4%). L'analisi disaggregata per singola prestazione condotta in ambito regionale ha peraltro evidenziato una significativa eterogeneità nella distribuzione delle prenotazioni per classe di priorità, di cui discende la necessità di agire su tale criticità definendo specifici obiettivi di intervento.

Una quota elevata di prenotazioni in classe P può nascondere comportamenti opportunistici, o anche solo non corretta gestione operativa, da parte dei prescrittori dell'attività di programmazione di prestazioni che non hanno caratteristica di primo accesso (controlli, follow-up, percorsi di screening). La riduzione della quota di classe P di prenotazioni non appropriate può contribuire alla riduzione dei tempi di attesa, in quanto libera capacità produttiva oggi impegnata per accessi impropri, rendendola disponibile per le prestazioni effettivamente necessarie. Si ipotizza che gran parte delle prestazioni classificate in priorità P siano in realtà relative ad attività di controllo o follow-up, e che il fenomeno vada quindi affrontato non solo per via organizzativa, ma anche attraverso azioni di miglioramento prescrittivo e di revisione dell'offerta dedicata ai percorsi di controllo/follow-up. La riduzione della quota P richiesta alle Aziende deve tuttavia avvenire senza determinare un peggioramento dei tempi di attesa delle prestazioni interessate, evitando che il contenimento della quota P si traduca in un mero spostamento della criticità sulle altre classi di priorità.

E' in corso di svolgimento un progetto regionale per la realizzazione di una piattaforma di intelligenza artificiale a supporto del monitoraggio delle liste di attesa, nell'ambito del quale sono state svolte delle prime,attività di assessment sull'appropriatezza prescrittiva, i cui risultati preliminari sono stati condivisi con gli Enti del SSR sul Tavolo Tecnico regionale di Lavoro dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. L'analisi, condotta tramite modelli di linguaggio avanzati (LLM) sulle prescrizioni 2025, ha individuato nell'Ecografia della Mammella bilaterale, nella Visita Ginecologica e nella Visita Oculistica le tre prestazioni che appaiono maggiormente incidere sul fenomeno dell'inappropriatezza prescrittiva. L'approfondimento qualitativo condotto sulle prescrizioni inappropriate per tali prestazioni riconduce l'inappropriatezza, in larga parte, a controlli e follow-up registrati impropriamente come primo accesso, fenomeno che si traduce, in concreto, in una richiesta impropria della classe di priorità P per prestazioni che tali non sono.

Poiché la ripetizione dell'analisi di appropriatezza tramite modello LLM non costituisce, allo stato, uno strumento di misurazione periodica nella disponibilità degli Enti, l'aumento dell'appropriatezza prescrittiva per tali prestazioni viene misurato attraverso un indicatore proxy già rilevabile con i flussi correnti, ovvero la riduzione della percentuale di prescrizioni in classe P sul totale per le medesime prestazioni.

B.3.1 Contenimento della quota di prenotazioni in classe P per le Prime Visite e riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva legata ai follow-up

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.3.1.a	Contenimento della quota di prenotazioni in classe P per le Prime Visite con maggiore incidenza della priorità Programmata	Realizzazione di un'analisi del fenomeno per le prestazioni individuate (Prima Visita Geriatrica, Prima visita Oculistica, Prima visita Ginecologica), con evidenza delle cause -- inclusa l'eventuale quota di prestazioni non effettivamente di primo accesso -- e delle possibili soluzioni organizzative	Relazione con analisi delle cause e proposte di intervento, trasmessa a DCS e ARCS trasmessa entro il 31.03.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	31.03.2027		
B.3.1.b		% di prescrizioni in classe P sul totale, per le medesime prestazioni prescrite con classe di priorità	Riduzione della quota P rispetto al valore 2026 (Geriatrica 59,8%; Oculistica 54,4%; Ginecologica 53,0%), di 10 punti percentuali senza peggioramento del rispetto dei tempi massimi di attesa per le medesime prestazioni	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Riduzione di 10 punti percentuali rispetto al valore 2026		

B.3.2 Contenimento della quota di prenotazioni in classe P per gli Esami Diagnostici e riduzione dell'inappropriatezza prescrittiva legata ai follow-up

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.3.2.a	Contenimento della quota di prenotazioni in classe P per gli Esami Diagnostici con maggiore incidenza della priorità Programmata	Realizzazione di un'analisi del fenomeno per le prestazioni individuate (Mammografia, Ecografia della Mammella, Eco(color)dopplergrafia dei TSA, Ecocolordoppler dei grossi vasi addominali, Ecografia ginecologica), con evidenza delle cause -- inclusa l'eventuale quota di prestazioni non effettivamente di primo accesso -- e delle possibili soluzioni organizzative	Relazione con analisi delle cause e proposte di intervento, trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.03.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	31.03.2027		
B.3.2.b		% di prescrizioni in classe P sul totale, per le medesime prestazioni prescrite con classe di priorità	Riduzione della quota P rispetto al valore 2026 (Mammografia 79,5%; Eco mammella 67,8%; Eco TSA 65,2%; Grossi vasi addominali 54,9%; Eco ginecologica	ASFO ASUFC ASUGI	Riduzione di 10 punti percentuali rispetto al valore 2026		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
			48,9%), senza peggioramento del rispetto dei tempi massimi di attesa per le medesime prestazioni	BURLO			
				CRO			

B.4 PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO

Nel corso del 2025 è stata approvata la procedura operativa per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, che ha definito regole uniformi e comuni per la gestione del paziente nel periodo precedente al ricovero programmato. A seguito dell'applicazione di tale procedura si è evidenziata la necessità di definire anche i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per i ricoveri chirurgici programmati, rispondendo in tal modo anche a quanto previsto dal nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028, che ha ribadito la medesima esigenza in analogia a quanto già previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'Allegato C del PNGLA 2026-2028, "Approccio metodologico al modello RAO per i ricoveri programmati", definisce una specifica metodica per l'attribuzione delle classi di priorità ai ricoveri programmati, fondata su criteri clinici espliciti che considerano la tipologia di intervento, la diagnosi, l'età, il genere, le comorbidità rilevanti e le eventuali caratteristiche sociali particolarmente impattanti, e ne demanda lo sviluppo a un tavolo tecnico da attivare entro sessanta giorni dall'emanazione del Piano, nel quadro del Tavolo permanente dei RAO istituito presso AGENAS. La Regione adotterà tale metodica non appena ne saranno disponibili gli esiti. Nelle more, il Tavolo Tecnico di Lavoro (TTL) per la gestione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati procede alla definizione dei RAO dei ricoveri chirurgici programmati attraverso una *consensus* di clinici, i cui risultati saranno successivamente allineati alla metodologia nazionale.

B.5 ADOZIONE DEI RAO PER I RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.5.a	Partecipazione delle Aziende alla definizione dei RAO per i ricoveri chirurgici programmati, nell'ambito del Tavolo Tecnico di Lavoro dedicato, e applicazione dei RAO approvati con con Decreto dell'Unità Operativa complessa Sanitaria della DCS	Trasmissione alla DCS dei protocolli aziendali che recepiscono i criteri RAO adottati con Decreto della UOC sanitaria della DCS	entro 30 gg dal Decreto della UOC sanitaria di DCS	ASFO	entro 30gg dal Decreto della UOC sanitaria di DCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

B.6 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

B.6.1 Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Fermo restando gli obblighi relativi alla garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ed in particolare di quelle individuate dal PNGLA e dalla Piattaforma Nazionale delle Liste di attesa, si evidenziano gli obiettivi valutati nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia nazionale per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.6.1.a (LEA NSG D10Z)	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B *(monitoraggio ex – post residenti FVG)*	>=90%	ASFO	>=90%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
				CRO	(>=90%		
B.6.1.b (LEA NSG D11Z)	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe D *(monitoraggio ex post-residenti FVG)*	>=90%	ASFO	>=90%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
				CRO	>=90%		
B.6.1.c	Miglioramento dei tempi della prima disponibilità rispetto alle prestazioni ricomprese nell'indicatore D10Z del sistema NSG monitorate ex ante secondo metodologia AGENAS	Percentuale di prime disponibilità garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale delle prestazioni per la classe di priorità B (calcolo *ex ante* secondo metodologia AGENAS sulle seguenti prestazioni: • 87.37.1 - Mammografia bilaterale; • 87.37.2 - Mammografia monolaterale; • 87.41 - TC del torace; • 88.73.5 - Eco(color)dopplergrafia TSA; • 88.78.2 - Ecografia ginecologica; • 88.93.2 - RM del rachide cervicale;	>=90% *(valore FVG GEN-AGO 2026: 64%)*	ASFO	>=90% *(valore GEN-AGO 2026: 45%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>=90% *(valore GEN-AGO 2026: 58%)*		
				ASUGI	>=90% *(valore GEN-AGO 2026: 87%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		• 88.93.3 - RM del rachide dorsale; • 88.93.4 - RM del rachide lombosacrale; • 88.93.5 - RM del rachide sacrococcigeo; • 88.93.6 - RM della colonna in toto; • 89.7a.3 - Prima visita cardiologica; • 89.7b.7 - Prima visita ortopedica; • 95.02 - Prima visita oculistica.)		CRO	>=90% *(valore GEN-AGO 2026: 91%)*		
				BURLO	>=90% *(valore GEN-AGO 2026: 68%)*		

B.6.2 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica

Si riportano di seguito, confermandoli per il 2027, gli obiettivi già assegnati con le Linee di gestione 2026 in materia di rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici oncologici, distintamente per tipologia di tumore, con i relativi valori di partenza rilevati per Azienda. L'obiettivo comune a tutte le tipologie è quello di migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.6.2.a (BERSAGLIO C10.4.7)	Tumore alla Mammella Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 93,65%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 88,89%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 91,70%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 93,75%)*		
				CRO	>= 90% *(2025: 98,70%)*		
B.6.2.b (BERSAGLIO C10.4.8)	Tumore alla Prostata	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 79,33%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 69,23%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 90,00%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa			ASUGI	>= 90% *(2025: 90,91%)*	attuazione vigila	
B.6.2.c (BERSAGLIO C10.4.9)	Tumore al Colon Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 92,51%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 76,12%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 95,81%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 96,43%)*		
				CRO	>= 90% *(2025: 96,88%)*		
B.6.2.d (BERSAGLIO C10.4.10)	Tumore al Retto Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 94,78%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 78,57%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 95,00%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 97,30%)*		
				CRO	>= 90% *(2025: 100%)*		
B.6.2.f (BERSAGLIO C10.4.11)	Tumore al Polmone Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 88,46%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 55,56%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 96,67%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 89,92%)*		
B.6.2.g (BERS	Tumore all'Utero	Proporzione di prestazioni erogate nel	>=90% *(FVG 2025:*	ASFO	>= 90% *(2025: 86,36%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	*95,21%)*	ASUFC	>= 90% *(2025: 96,86%)*	concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUGI	>= 90% *(2025: 100%)*		
				BURLO	>= 90% *(2025: 93,75%)*		
				CRO	>= 90% *(2025: 95,45%)*		
B.6.2.h (BERSAGLIO C10.4.13)	Melanoma Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 89,64%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 77,03%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 93,46%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 89,47%)*		
				CRO	>= 90% *(2025: 96,30%)*		
B.6.2.i (BERSAGLIO C10.4.14)	Tumore maligno alla Tiroide Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>=90% *(FVG 2025: 88,48%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 71,70%)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 95,56%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 93,75%)*		

B.6.3 Monitoraggio dei tempi di attesa nella chirurgia non oncologica

Si riportano di seguito, confermandoli per il 2027, gli obiettivi già assegnati con le Linee di gestione 2026 in materia di rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale, distintamente per le classi di priorità A, B, C e D, con i relativi valori di partenza rilevati per Azienda. Il raggiungimento di tali target dà continuità all'obiettivo B.2.2 delle Linee di gestione 2026, che aveva richiesto alle Aziende l'individuazione dei fattori all'origine dei ritardi (entro il 31.1.2026), la definizione e applicazione di un piano di recupero immediato (entro il 31.3.2026) e la definizione degli interventi di medio termine per ridurre/eliminare i fattori individuati (entro il 30.6.2026): i piani così definiti costituiscono lo strumento operativo attraverso cui perseguire i target confermati per il 2027.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.6.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% *(FVG 2025: 78,55%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 91,15%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 73,96%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 78,32%)*		
				BURLO	>= 90% *(2025: 80,00%)*		
B.6.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% *(FVG 2025: 59,66%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 64,19%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 51,36%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 65,60%)*		
				BURLO	>= 90% *(2025: 85,71%)*		
B.6.3.c	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità C	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità C erogate entro i tempi previsti	>=90% *FVG 2025: 68,09%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 64,01%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 65,61%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 75,83%)*		
B.6.3.d	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti	>=90% *(FVG 2025: 88,89%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 84,11%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 88,99%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 90,32%)*		

B.6.4 Verifica dell'attuazione dei piani di recupero e degli interventi di medio termine

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS.a
B.6.4.a	Verifica dello stato di attuazione e dell'efficacia dei piani di recupero e degli interventi di medio termine definiti nel 2026 (obiettivo B.2.2) per la riduzione dei tempi di attesa dei ricoveri programmati di chirurgia non oncologica, con aggiornamento dei piani per le prestazioni e le strutture erogative per cui i target di cui al punto precedente non risultano raggiunti	Relazione sullo stato di attuazione dei piani 2026 e sui relativi effetti sui tempi di attesa	Entro il 28/02/2027	ASFO	Entro il 28/02/2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
B.6.4.b		Aggiornamento del piano di interventi per le prestazioni/strutture con target non raggiunto	Entro il 31/03/2027	ASFO	Entro il 31/03/2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

B.7 APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

La Regione, in attuazione dell'articolo 66 della L.R. 22/2019, ha istituito con la deliberazione della Giunta regionale n. 1006/2023, il Nucleo regionale di controllo e approvato i criteri e le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate, sulla cui base viene annualmente predisposto il Piano regionale dei controlli (da ultimo il Piano controlli 2024, di cui all'Allegato 1 alla deliberazione n. 346/2025). Nel corso del 2026 si procederà alla ridenominazione del Nucleo regionale di controllo e alla revisione della deliberazione sulle modalità di esecuzione dei controlli delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, con la conseguente adozione del nuovo Piano dei controlli per l'anno 2027.

Tra gli ambiti di controllo, particolare attenzione sarà dedicata ai ricoveri ordinari attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario, di cui all'Allegato 6A del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, il cui monitoraggio è effettuato distintamente per l'ambito chirurgico (es. interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione, tonsillectomia in età pediatrica, interventi sul cristallino, artroscopia) e per l'ambito medico (es. esofagite e gastroenterite, calcolosi urinaria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie endocrine). Obiettivo del presente capitolo è la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, distintamente per l'ambito medico e per l'ambito chirurgico, da ricondurre rispettivamente al regime di day hospital e di day surgery, ovvero al regime ambulatoriale ove clinicamente possibile.

B.7.1 Riduzione dei ricoveri chirurgici potenzialmente inappropriati

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.7.1.a	Riduzione dei ricoveri ordinari attribuiti a DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato 6A D.P.C.M. 12.01.2017), da ricondurre al regime di day surgery o, ove possibile, ambulatoriale	Rapporto tra ricoveri ordinari attribuiti a DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG chirurgici non a rischio di inappropriatezza	<0,18 (*Valore FVG gen-giu 2026*: 0,21)	ASFO	<0,18 (*valore gen-giu 2026*: 0,21)		
				ASUFC	<0,18 (*valore gen-giu 2026*:0,20)		
				ASUGI	<0,18 (*valore gen-giu 2026*:0,24)		
				BURLO	<0.39 (*valore gen-giu 2026*:0,42)		

B.7.2 Riduzione dei ricoveri medici potenzialmente inappropriati

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.7.1.b	Riduzione dei ricoveri ordinari attribuiti a DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato 6A D.P.C.M. 12.01.2017), da ricondurre al regime di day hospital o, ove possibile, ambulatoriale	Rapporto tra ricoveri ordinari attribuiti a DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri ordinari attribuiti a DRG medici non a rischio di inappropriatezza	Riduzione del rapporto (Valore FVG 2025: 0,15)	ASFO	<=0,11 (*valore 2025*: 0,11)		
				ASUFC	<=0,14 (*valore 2025*: 0,16)		
				ASUGI	<=0,12 (*valore2025*: 0,14)		
				BURLO	<=0,18 (*valore 2025*: 0,2)		
				CRO	<=0,45 (*valore 2025*: 0,6)		

LINEE DI ATTIVITÀ DI GESTIONE ORDINARIA

1. ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi dei Piani Pandemico, della Prevenzione e del Calore

I referenti aziendali individuati nei singoli programmi garantiscono l'attuazione, il monitoraggio e la partecipazione alle attività regionali previste dai nuovi Piani della prevenzione, nazionale e regionale, se già approvati, o comunque in prosecuzione dei precedenti, e dai nuovi Piani pandemici, nazionale e regionale, se già approvati o in prosecuzione dei precedenti. Arcs effettua dei monitoraggi semestrali degli indicatori previsti dai piani sopra citati.
I recenti cambiamenti climatici richiedono una pianificazione degli interventi sia nelle strutture sanitarie che sul territorio a tutela di persone anziane o fragili, evitando o riducendo i ricoveri ospedalieri ed i possibili esiti mortali.
Le aziende garantiscono un organismo/struttura di coordinamento aziendale del Piano Regionale di Prevenzione, Tale organismo/struttura svolge funzioni di indirizzo e supporto alle azioni trasversali di intersettorialità, formazione, comunicazione, equità e monitoraggio del PRP, è composto almeno dal Coordinatore di Piano aziendale, dai referenti aziendali di programma, dal Coordinatore sociosanitario, dal Direttore del dipartimento di prevenzione e si riunisce periodicamente (almeno ogni 3-4 mesi, con invio di estratto del verbale delle riunioni alla DCS).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.a	Individuazione dei referenti aziendali del Piano di Prevenzione Regionale e dei referenti di programma	Nota con individuazione dei referenti del Piano di Prevenzione e dei programmi specifici	100%	Tutte le Aziende	100%		Coordi-namento e monito-raggio
1.1.b	Istituzione del Gruppo di coordinamento aziendale coordinato dalla Direzione aziendale, che assicura la programmazione integrata in ambito sanitario, territoriale e ospedaliero.	Formalizzazione del gruppo di coordinamento Invio del verbale degli incontri	100% Almeno due verbali trasmessi	Tutte le Aziende	100%		
1.1.c	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani di prevenzione	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%	Tutte le Aziende	100%		Coordina-mento e monitora-ggio
1.1.d	Attuazione degli obiettivi e programmi dei Piani pandemici	Raggiungimento degli obiettivi del Piano	100%	Tutte le Aziende	100%	Coordina-mento e monito-raggio	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.f	Analisi e redazione di un piano, per ciascuna Azienda Sanitaria, di prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute secondo le linee di indirizzo della DCS.	Adozione o revisione del Piano aziendale e territoriale per le emergenze da calore	Adozione o revisione del Piano entro il 30 aprile 2027	ASFO	1 Piano aziendale e territoriale		Coordina-mento e monitora-ggio
				ASUFC	1 Piano aziendale e territoriale		
				ASUGI	1 Piano aziendale e territoriale		
				CRO	1 Piano aziendale		
				BURLO	1 Piano aziendale		

1.2 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

La prevenzione e il controllo delle malattie infettive costituiscono un ambito strategico e strutturale del Servizio Sanitario regionale (SSR), rappresentando un elemento essenziale per la tutela della salute collettiva e uno dei pilastri dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'area della prevenzione. L'evoluzione del quadro epidemiologico, la globalizzazione dei flussi di persone e merci, i cambiamenti climatici e ambientali, la crescente interconnessione tra salute umana, animale e ambientale e l'emergere di nuovi agenti patogeni hanno evidenziato la necessità di un sistema di sorveglianza integrato, tempestivo, digitalizzato e pienamente interoperabile.

Le Aziende sanitarie garantiranno:

partecipazione degli operatori sanitari agli incontri ed eventi formativi organizzati e coordinati dalla Direzione centrale salute

attivazione di almeno un percorso interaziendale per la prenotazione e l'accesso facilitato alla vaccinazione, anche su iniziativa degli specialisti clinici, per soggetti con rischio aumentato per patologia o sviluppo di gravi complicanze

attivazione di almeno un percorso interaziendale per la vaccinazione in ambito scolastico

implementazione della sorveglianza delle malattie infettive tramite Premal e le piattaforme specifiche

L'indirizzo strategico prevede il consolidamento di un sistema di sorveglianza nazionale basato su dati di qualità, tempestivi e pienamente integrati. Le Aziende dovranno garantire la completezza e la puntualità delle notifiche obbligatorie, sviluppare sorveglianze tematiche nelle aree prioritarie (vaccinazioni, infezioni respiratorie emergenti, arbovirosi, zoonosi, HIV e altre infezioni sessualmente trasmesse, tubercolosi, legionellosi) e integrare i flussi clinici, laboratoristici e ambientali. Il Decreto PREMAL 2022 costituisce la base normativa per l'informatizzazione e la trasmissione strutturata dei dati.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.2.a	Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali	Presentazione di un progetto aziendale per la vaccinazione supplementare per MPR nei soggetti appartenenti alle coorti 1975-2000	>=10%	ASFO	>=10%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	>=10%		
				ASUGI	>=10%		
1.2.b	Consolidazione dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale impegnandosi a segnalare il 100% dei casi osservati (attività coordinata da ASUFC)	Percentuale dei casi segnalati ad ISS su quelli osservati	100% segnalazioni su casi osservati	ASFO	100% segnalazioni	Monito-raggio	
				ASUFC	Evidenza documentale delle azioni di coordinamento e 100% di segnalazioni		
				ASUGI	100% segnalazioni		
1.2.c	Migliorare la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥95%	ASFO	≥95%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥95%		
				ASUGI	≥95%		
1.2.d	Migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥95%	ASFO	≥95%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥95%		
				ASUGI	≥95%		
1.2.e	Migliorare la copertura vaccinale anti-pneumococcica	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	≥95%	ASFO	≥95% (valore 2022 91,56%)	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥95% (valore 2022 90,24%)		
				ASUGI	≥95% (valore 2022 87,19%)		
1.2.f	Migliorare la copertura vaccinale anti-meningococcica C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	≥95%	ASFO	≥95%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥95%		
				ASUGI	≥95%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.2.g	Migliorare la copertura vaccinale anti-HPV	Copertura vaccinale anti-HPV Prima dose maschi e femmine nella coorte di nascita 2015	≥75%	ASFO	≥75%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥75%		
				ASUGI	≥75%		
1.2.h	Migliorare la copertura vaccinale di MPR eseguite a 6 anni	Copertura vaccinale MPR eseguite a 6 anni	≥95%	ASFO	≥95%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥95%		
				ASUGI	≥95%		
1.2.i	Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nelle gravide	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nelle gravide	≥75%	ASFO	≥75%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥75%		
				ASUGI	≥75%		
1.2.j	Implementazione della vaccinazione antinfluenzale ai pazienti ricoverati e somministrazione prima della dimissione	Implementazione della vaccinazione in almeno 3 reparti di degenza (tra cui della branca di Oncologia, Ematologia e Malattie infettive)	Vaccinazione antinfluenzale ai pazienti ricoverati prima della dimissione in almeno 3 reparti (tra cui della branca di Oncologia, Ematologia e Malattie infettive)	ASFO	>50% ricoverati durante il periodo di campagna	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	>50% ricoverati durante il periodo di campagna		
				ASUGI	>50% ricoverati durante il periodo di campagna		
1.2.k			Vaccinazione antinfluenzale ai pazienti ricoverati prima della dimissione in almeno 3 reparti (tra cui della branca di Oncologia, Ematologia e Malattie infettive)	CRO	>50% ricoverati durante il periodo di campagna		
				BURLO	>50% ricoverati durante il periodo di campagna		
1.2.l	Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	> 60% (valore FVG campagna 2022 54,17%)	ASFO	> 60%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	> 60%		
				ASUGI	> 60%		
1.2.m	BERSAGLIO B7.4	Copertura per	> 35%	ASFO	> 35%		Coordina-

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	vaccino antinfluenzale operatori sanitari		ASUFC	> 35%		mento e monito-raggio
				ASUGI	> 35%		
				BURLO	> 35%		
				CRO	> 35%		
				ARCS	> 35%		
1.2.n	Procedure di acquisizione di vaccini e/o farmaci per immunizzazione passiva nel rispetto delle tempistiche	Indizione delle procedure ordinarie: 40 giorni dalla richiesta di indizione delle procedure Indizione delle procedure urgenti: 30 giorni dalla richiesta	100%	ARCS	=100%	vedi target	Coordina-mento
1.2.o	Aumentare la frequenza di identificazione e caraterizzazione dell'agente patogeno per le malattie infettive	% di casi di malattia batterica invasiva da meningococco/pneumoccocco/emofilo per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo	>80%	ASFO	>80%		Coordina-mento
				ASUFC	>80%		
				ASUGI	>80%		
1.2.p	Predisporre piani di risposta alle emergenze infettive	Presenza e formalizzazione di un Piano aziendale di risposta alle emergenze infettive	Formalizzazione Piano	ASUGI	Piano		Coordina mento e monitorag gio
				ASUFC	Piano		
				ASFO	Piano		
1.2.q	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	Notifiche attraverso sistema informativo nazionale del Ministero della Salute nei tempi previsti dalla normativa nazionale	100%	ASUGI	≥95%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	≥95%		
				ASFO	≥95%		
1.2.r	Aumentare la copertura dell'immunizzazione anticorpo monoclonale anti RSV durante la stagione epidemica	Numero soggetti immunizzati (coorte parziale) durante la stagione epidemica (nati da aprile 2027 a dicembre 2027)	>75%	ASFO	>75%	Monito-raggio	Coordina-mento
				ASUFC	>75%		
				ASUGI	>75%		

1.3 Ambiente, clima e salute

Con DGR n. 826 del 12 giugno 2026 la Regione Friuli Venezia Giulia ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 approvato in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 maggio 2026, condividendo la visione, i principi, le priorità e la struttura, e impegnandosi, in relazione alle esigenze della propria programmazione, a predisporre ed approvare entro il 2026 un proprio Piano articolato in programmi, azioni e indicatori (Piano Regionale della Prevenzione 2026-2031).
E' previsto che nella revisione del Programma predefinito PP9 "Ambiente Clima e salute" del precedente Piano venga garantita la prosecuzione degli interventi messi in atto tenendo conto dei risultati conseguiti ed anche delle esperienze virtuose già in essere promosse da altre pianificazioni nazionali e regionali.
Risulta pertanto strategico dare continuità alle azioni declinate nel contesto regionale dal Piano regionale della prevenzione 2020-2025 il cui Programma predefinito PP9 "Ambiente, clima e salute" già conteneva le strategie in materia di ambiente-salute mirate all'adozione di azioni di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali.
Appare altresì importante proseguire gli incontri dei gruppi di lavoro interaziendali delle Aziende sanitarie regionali secondo il modello organizzativo di integrazione già in essere e condiviso dalla Direzione Centrale Salute con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie, per l'implementazione delle azioni necessarie per il raggiungimento dei relativi indicatori del nuovo Piano Regionale della Prevenzione. Il mantenimento dell'approccio mira a consolidare il modello organizzativo di integrazione interaziendale per favorire un contesto di lavoro in team dando modo di ottimizzare le risorse disponibili e di garantire l'uniformità di azione sul territorio regionale.

La programmazione e la rendicontazione delle attività (controlli, formazione, informazione) REACH-CLP segue la logica del "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" introdotto con il D.M. 12 marzo 2019 e specifica scheda indicatore P08Z.
Le attività di controllo proseguiranno anche in sinergia e integrazione su specifiche matrici (es. fitosanitari, cosmetici non allo stato di prodotti finiti, ecc.), ambiti (es. igiene in ambienti di vita, luoghi di lavoro, ecc.) ed altre autorità (es. accessi contestuali alle verifiche ispettive AIA svolte da ARPA-FVG, laboratorio ARPA-FVG, supporto su richiesta motivata USMAF, ADM).
Per definire il numero di imprese e controlli su prodotto viene tenuto conto anche della popolazione che insiste sul territorio di competenza di ogni Azienda Sanitaria della Regione, assegnando, nei casi di superamento del valore di 300.000 abitanti, un fattore moltiplicativo di 1,1 (10%) se > 300.000 abitanti, un fattore moltiplicativo di 1,2 (20%) se > 400.000 abitanti, un fattore moltiplicativo di 1,3 (30%) se > 500.000 abitanti.
Per l'anno 2027 il numero minimo di imprese da controllare in materia REACH-CLP e BPR rimane immutato rispetto all'anno 2026, mentre per i controlli su prodotto viene utilizzato quale target base il valore del target aziendale stabilito per l'anno 2026, al quale viene applicato il fattore moltiplicativo di cui sopra. Conseguentemente, nella colonna target aziendale viene espresso il numero minimo assegnato ad ogni azienda, mentre nella colonna target viene riportato il valore complessivo regionale.
Dall'anno 2027 anche in materia di biocidi viene fissato il numero minimo di controlli su prodotto, e per definire il target base si tiene conto delle annuali e pregresse programmazioni e rendicontazioni predisposte dalle aziende sanitarie della Regione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.a	Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro interaziendali con il coinvolgimento di esperti tematici dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie per l'implementazione delle azioni necessarie al raggiungimento dei relativi indicatori del nuovo Piano regionale della Prevenzione 2026-2031-PP9 "Ambiente, clima e salute" secondo il cronoprogramma pianificato e previsto secondo il modello organizzativo di integrazione già in essere e condiviso dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie per l'implementazione del precedente Piano Regionale. Il coordinamento dei gruppi di lavoro resta affidato alla DCS attraverso il referente regionale del Programma PP9.	N. incontri di lavoro ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>=10	ASFO	>=10		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=10		
				ASUGI	>=10		
1.3.b	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Numero di imprese controllate	Numero imprese controllate su base regionale: >=67	ASFO	>= 18		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	>= 31		
				ASUGI	>= 18		
		Numero di controlli su prodotto	Numero controlli su prodotto su base regionale: >=158	ASFO	>= 39		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	>= 80		
				ASUGI	>= 39		
1.3.c	Garantire la partecipazione al training for trainers nazionale REACH-CLP	Numero di partecipanti per azienda	Almeno 1 ispettore REACH-CLP per ogni azienda	ASFO	>= 1		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	>= 1		
				ASUGI	>= 1		
1.3.d	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli sui prodotti biocidi per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc).	Numero di imprese controllate	Numero imprese controllate >=8	ASFO	>=2		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=4		
				ASUGI	>=2		
		Numero di controlli su prodotto	Numero controlli su prodotto >=18	ASFO	>= 5		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 8		
				ASUGI	>= 5		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.e	Garantire la partecipazione al training nazionale BPR	Numero di partecipanti per azienda	Almeno 1 ispettore BPR per ogni azienda	ASFO	>= 1		Coordina-mento e monitoraggi o
				ASUFC	>= 1		
				ASUGI	>= 1		
1.3.f	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano pluriennale dei controlli sul mercato dei prodotti cosmetici, per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. cosmetici non allo stadio di prodotti finiti) o su specifici ambiti.	N° controlli per Azienda sanitaria	>=2	ASFO	>=2		Coordina-mento e monitoraggi o
				ASUFC	>=2		
				ASUGI	>=2		
1.3.g	Garantire l'implementazione del sistema informativo AnTeA, secondo le richiesta che perverranno dal CeNSiA, relativamente alle filiere idropotabili presenti sul territorio.	Evidenza trasmissione dati	100% dati richiesti trasmessi	ASFO	100%		Coordina-mento e monitoraggi o
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		

1.3.1 Realizzazione delle attività dei programmi del Piano regionale per la prevenzione degli effetti del caldo

Le ondate di caldo, sempre più frequenti e intense, rappresentano ormai una grave problematica di salute pubblica: non è più solo un disagio, ma un vero e proprio fattore di rischio, soprattutto per i più fragili. Tutte le Aziende sanitarie regionale hanno provveduto ad elaborare un proprio Piano Operativo Aziendale per l'emergenza caldo per il territorio di competenza conformemente alle linee di indirizzo contenute nel "Piano operativo regionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute" adottato con DGR n.521/2024 dalla Giunta regionale. I suddetti Piani aziendali appaiono spesso eterogenei tra loro in riferimento alle differenti strategie e interventi adottati. Si ritiene pertanto opportuno, nell'ambito della pianificazione degli interventi in particolare sul territorio a tutela di persone anziane o fragili, rafforzare iniziative di coordinamento e collaborazione tra Aziende sanitarie regionali al fine garantire l'uniformità di azione sul territorio regionale. A riguardo appare importante anche condividere e realizzare attività di formazione degli operatori sanitari sulle ondate di calore affinchè possano svolgere anche su tale problematica il proprio ruolo di educazione sanitaria e promozione della salute indirizzata in particolare a soggetti a rischio e caregiver.

Nel contempo si ritiene utile avviare un approfondimento delle interconnessioni tra ondate di calore e inquinamento ambientale tenuto conto che diversi studi epidemiologici ne evidenziano un effetto sinergico sulla salute umana.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.1.a	Le Aziende sanitarie partecipano, attraverso loro rappresentanti, al tavolo di lavoro attivato dalla DCS per la condivisione, anche sulla base di proprie esperienze virtuose, di strategie e interventi sanitari sul territorio regionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute delle categorie più esposte e, in particolare, delle persone anziane che versano in condizioni di difficoltà fisiche, socioeconomiche o in solitudine.	% incontri di lavoro, ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>=90	ASFO	>=90		Coordina-mento e monitora-ggio
				ASUFC	>=90		
				ASUGI	>=90		
1.3.1.b	Le Aziende sanitarie garantiscono la partecipazione di loro rappresentanti al corso di formazione per operatori sanitari, attivato dalla DCS per tramite di ARCS, allo scopo di favorire a cascata iniziative di educazione sanitaria e promozione alla salute indirizzata in particolare a soggetti a rischio e carigiver.	Numero di partecipanti per Azienda sanitaria al corso di formazione regionale	Almeno 6 operatori sanitari per Azienda sanitaria	ASFO	>=6		Coordina-mento e monitora-ggio
				ASUFC	>=6		
				ASUGI	>=6		
1.3.1.c	Le Aziende sanitarie garantiscono la partecipazione di rappresentanti delle SOC di Igiene e Sanità pubblica dei propri Dipartimenti di Prevenzione al tavolo di lavoro attivato dalla DCS per l'approfondimento delle interconnessioni tra ondate di calore e inquinamento ambientale e degli effetti sinergici sulla salute umana con individuazione di possibili azioni per la gestione di tale problematica anche promuovendo la collaborazione con ARPA FVG al fine di migliorare le informazioni sulla qualità dell'aria accessibili al cittadino attrverso il portale di ARPA. Al Dipartimento di ASUFC viene affidato il ruolo di coordinamento per la stesura di un documento condiviso.	Stesura di documento condiviso	Evidenza di n.1 document o da parte di ASUFC	ASUFC	=1		Coordina-mento e monitora-ggio

1.3.2 Qualità delle acque destinate al consumo umano (PSA negli edifici prioritari)

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 18 febbraio 2023, n. 18, l'ordinamento italiano ha recepito la Direttiva UE 2020/2184, introducendo una profonda riforma nella tutela delle acque destinate al consumo umano. Il decreto ha l'obiettivo di proteggere la salute umana dagli effetti negativi della contaminazione delle acque destinate al consumo umano e di garantire un accesso universale ed equo all'acqua.

Questo passaggio normativo segna il superamento dei tradizionali controlli analitici a posteriori, imponendo l'adozione obbligatoria dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA), basati sulla valutazione preventiva del rischio. Dal

punto di vista pratico, ciò si traduce nel passaggio dalla sorveglianza statica alla partecipazione attiva nei team multidisciplinari di analisi e gestione del rischio.

Tale approccio copre l'intera filiera idro-potabile, dal prelievo alla distribuzione, e garantisce lo scambio di informazioni tra i gestori dei sistemi di distribuzione e le autorità competenti in materia sanitaria e ambientale. La valutazione e gestione del rischio, infatti, non si limitano alle aree di alimentazione ed ai sistemi di fornitura idro-potabile ma si estendono anche ai sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari che, come definito all'allegato VIII del decreto, includono: le strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali (classi di priorità A se in regime di ricovero, classe B altrimenti); le strutture ricettive alberghiere, gli istituti penitenziari, le navi, le stazioni e gli aeroporti (classe C1); la ristorazione pubblica e collettiva, incluse le mense aziendali pubbliche e private e le mense scolastiche (classe C2); le caserme, gli istituti penitenziari, gli istituti di istruzione dotati di strutture sportive, i campeggi, le palestre e i centri sportivi, fitness e benessere (SPA e wellness) ed altre strutture a uso collettivo come gli stabilimenti balneari (classe D).

La valutazione e la gestione del rischio si basano sui principi generali definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, richiamati dalle Linee guida nazionali per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 22/33 e ss.mm.ii.) e, per gli edifici prioritari, sono a carico dei gestori idrici della distribuzione interna, che dovranno effettuarle per la prima volta entro il 12 gennaio 2029.

Per questo, nel 2027 le Aziende sono chiamate a iniziare il percorso descritto nel Rapporto ISTISAN 22/33, individuando i componenti del team multidisciplinare e del team leader e assegnando a ciascuno specifiche funzioni e responsabilità. Una volta identificato, il gruppo di lavoro dovrà stilare una descrizione accurata e sintetica della filiera idro-potabile, così come descritto nel sopracitato Rapporto ISTISAN, che consentirà successivamente di effettuare l'analisi del rischio e di definire le modalità con cui lo stesso dovrà essere gestito.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.2.a	Definizione dei team multidisciplinari aziendali e rispettivi team leader per guidare lo sviluppo e l'implementazione del PSA, così come descritto in Rapporti ISTISAN 22/33 (B1. STEP 1)	Individuazione dei componenti del team multidisciplinare aziendale e del team leader e definizione delle loro funzioni e responsabilità	Evidenza della nomina dei componenti del team multidisciplinare e del team leader e della definizione di funzioni e responsabilità per ciascuno di essi. Il target si considera raggiunto al 50% se vi è evidenza della nomina dei componenti del team e del team leader ma non delle rispettive funzioni e responsabilità.	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Decreto di nomina pubblicato		Coordi-namento e monito-raggio
1.3.2.b	Descrizione accurata e sintetica della filiera idro-potabile degli edifici prioritari delle Aziende Sanitarie, così come descritto in Rapporti ISTISAN 22/33 (B2. STEP 2)	Stesura documento	Documento che descriva in modalità testuale e grafica (diagrammi di flusso almeno di livello 1) la filiera idro-potabile Il target si considera raggiunto al 75% se è presente il solo documento descrittivo, senza diagrammi di flusso.	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Evidenza documento descrittivo della filiera idro-potabile.		Coordi-namento e monito-raggio

1.4 Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro

La moderna visione del diritto alla salute e sicurezza del lavoratore comprende oltre alla salvaguardia dell'incolumità psicofisica la promozione di un ambiente di lavoro globalmente salubre, anche in ragione del fatto che le malattie croniche e invalidanti frequentemente si rendono manifeste nel pieno della vita lavorativa, tra i 45 e i 64 anni, aumentando il rischio di inidoneità e minando il funzionamento sociale degli individui. La prevenzione dei rischi lavorativi deve quindi essere integrata con la promozione di stili di vita salutari in tutti i luoghi di lavoro, garantendo equità e ubiquitarietà delle iniziative di prevenzione e promozione.
Il Piano Nazionale della Prevenzione prevede perciò che a livello regionale vengano recepiti e declinati Programmi che tutelano la sicurezza e la salute in senso ampio, che verranno svolti in collaborazione con le parti sociali e le istituzioni territoriali che si occupano di salute e sicurezza.

1.4.1 Luoghi di lavoro che promuovono salute

Il "Quadro strategico in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2021-2027", adottato dalla Commissione Europea nel giugno del 2021, sottolinea che il diritto a un luogo di lavoro sano e sicuro è fondamentale per conseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Il modello di Total Worker Health (TWH), si basa su azioni volte a promuovere stili di vita salutari negli ambienti di lavoro, secondo i principi della Workplace Health Promotion (WHP), attraverso la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che sostengano l'adozione di stili di vita salutari. Il SSR si impegna da diversi anni a incoraggiare l'adozione di tale modello nelle imprese e negli enti del territorio, pertanto le azioni messe in campo saranno quelle di promozione della salute mediante le attività della rete WHP FVG per qualsiasi tipologia di luogo di lavoro e dell'approccio HPH per le Aziende Sanitarie.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.4.1.a	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano la professionalizzazione degli operatori del SSN, dei medici competenti e delle Istituzioni coinvolte sul tema "TWH/WHP"	Programma formativo regionale accreditato ECM in tema di TWH/WHP e in tema di counseling motivazionale al cambiamento per operatori del SSN e medici competenti	Almeno 1	Un evento regionale con partecipazione attiva nel ruolo di organizzatori e formatori del personale delle 3 aziende			Coordi-namento e monito-raggio
1.4.1.b	Revisione e aggiornamento dei documenti delle pratiche raccomandate condivise a livello regionale da parte dei Gruppi di lavoro regionali WHP e HPH	Documenti aggiornati	1 documento WHP aggiornato 1 documento HPH aggiornato	Tutte le Aziende sanitarie e ARCS: documento WHP e HPH aggiornato			Coordi-namento e monito-raggio
1.4.1.c	Ampliamento e mantenimento della rete WHP FVG	Percentuale delle imprese ed enti aderenti al programma che realizzano almeno un intervento nel corso dell'anno	% imprese >= 30%	ASUFC ASUGI ASUGI	% imprese >= 30%		Coordi-namento e monito-raggio

1.4.2 Piani mirati di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro

Le Aziende Sanitarie seguiteranno a svolgere le attività di prevenzione dei rischi lavorativi attuate mediante la metodologia della vigilanza tradizionale e dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP) previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione e aventi ad oggetto la qualità e l'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia e in agricoltura e la prevenzione degli infortuni da macchine e attrezzature nei settori individuati localmente come "critici" sulla base delle evidenze territoriali e dell'interrogazione delle banche dati. In continuità con la programmazione precedente saranno predisposti, inoltre, Piani mirati anche per la prevenzione dei rischi da esposizione a cancerogeni o tossici per la riproduzione, a sovraccarico ergonomico, ai rischi psicosociali. La violenza contro gli operatori sanitari sarà oggetto di campagne di sensibilizzazione che coinvolgeranno le Aziende e gli Enti del SSR per mezzo dei gruppi di coordinamento dei Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione Aziendale e dei Medici Competenti, per la cui realizzazione si interfacceranno con ARCS e i referenti del Rischio clinico. Il CRUA, le SOC PSAL e la Unità Clinica Operativa di Medicina del Lavoro di ASU GI revisioneranno l'attuale protocollo utilizzato per la sorveglianza dei cittadini ex esposti all'amianto, anche alla luce dei risultati dello studio SINtesi sullo screening del tumore polmonare negli ex esposti all'amianto fumatori.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo
1.4.2.a	Progettazione attività volte all'attuazione di un PMP rivolto ai soggetti formatori e alle aziende/datori di lavoro per misurazione della qualità e dell'efficacia della formazione su salute e sicurezza lavoro (PP5 "Piano mirato di prevenzione per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro").	Redazione documenti per PMP	1 PMP	ASFO	1 PMP		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC			
				ASU GI			
1.4.2.b	Realizzazione iniziativa formativa su contenuti dell'ASR 59/2025 per operatori sanitari	Evento formativo	1 evento	ASFO	Un evento regionale con partecipazione attiva nel ruolo di organizzatori e formatori del personale PSAL delle 3 aziende		Coordi-namento e monito-raggio
				ASU FC			
				ASU GI			
1.4.2.c	Analisi del contesto territoriale specifico e completamento della redazione di un piano mirato di prevenzione (PMP) per ciascuna Azienda Sanitaria, o	Redazione documenti per PMP previsti dal Piano Nazionale	Redazione 3 PMP previsti dal Piano Nazionale e pubblicazione su siti aziendali	ASFO	3 PMP locali o regionali (condivisi con altre AA.SS.): rischio biomeccanico; psicosociale; cancerogeno o reprotossico		Coordi-namento e monito-raggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo
	trasversale a carattere regionale, sui temi previsti dal PNP nel PP 6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali". Il Piano Mirato dovrà comprendere anche una sezione dedicata alle buone pratiche di sorveglianza sanitaria sui rischi sovraelencati con apposite liste di controllo di valutazione dei protocolli sanitari.			ASUFC	3 PMP locali o regionali (condivisi con altre AA.SS.): rischio biomeccanico; psicosociale; cancerogeno o reprotossico		
				ASUGI	3 PMP locali o regionali (condivisi con altre AA.SS.): rischio biomeccanico; psicosociale; cancerogeno o reprotossico		
1.4.2.d	Realizzazione evento formativo specifico a carattere regionale per operatori sanitari e figure prevenzione inerente alle metodologie di valutazione e gestione del rischio oggetto dei PMP (cancerogeno/reprotossico, ergonomico, psicosociale)	N. eventi formativi	1 evento formativo	ASFO	Un evento regionale con partecipazione attiva nel ruolo di organizzatori e formatori del personale delle 3 aziende		
				ASUFC			
				ASUGI			
1.4.2.e	Evento formativo specifico a carattere regionale per operatori sanitari e figure prevenzione sulle buone prassi inerenti alla sorveglianza sanitaria	N. eventi formativi	≥ 1	ASFO	Almeno un evento regionale con partecipazione attiva nel ruolo di organizzatori e formatori del personale delle 3 aziende in collaborazione con l'UCO di Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste		
				ASUFC			
				ASUGI			
1.4.2.f	Revisione o aggiornamento del documento regionale di buone prassi e della scheda di autovalutazione, come individuato nel PP7 del Piano Nazionale "Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e	Redazione documenti per PMP previsti dal Piano Nazionale	Redazione PMP previsti dal Piano Nazionale (edilizia, agricoltura utilizzo macchine) e pubblicazion	ASFO	3 PMP locali o regionali (condivisi con altre AA.SS.): settore edilizia; settore agricoltura; uso di macchine/impianti		Coordi-namento e monito-raggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo
	attrezzature di lavoro", per i comparti edilizia e agricoltura o ulteriori comparti ove è diffuso l'uso di macchine e attrezzature di lavoro. Il Piano Mirato dei comparti edilizia e agricoltura dovrà comprendere anche una sezione dedicata alle buone pratiche di sorveglianza sanitaria, con apposite liste di controllo di valutazione dei protocolli sanitari su rischi individuati in base all'analisi del contesto produttivo.		e su siti aziendali	ASUFC			
				ASUGI			
1.4.2.g	Evento formativo specifico a carattere regionale per operatori sanitari e figure prevenzione sulle buone prassi inerenti alla prevenzione degli infortuni	N. eventi formativi	Almeno 1	ASFO	Un evento regionale con partecipazione attiva nel ruolo di organizzatori e formatori del personale delle 3 aziende		
				ASUFC			
				ASUGI			
1.4.2.h	Revisione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei cittadini ex esposti ad amianto	Redazione documento	1 documento	ASFO	Coordinamento del gruppo di lavoro: CRUA e UCO di ASUGI, SOC PSAL ASUGI, ASFO e ASUFC partecipazione		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			
1.4.2.i	Sviluppo o aggiornamento di iniziative volte alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza sugli operatori sanitari, anche attraverso il coinvolgimento degli stakeholder	N. iniziative	3 iniziative comunicative locali o una regionale condivisa tra Aziende ed IRCCS	ARCS, AS FO, ASU GI, ASU FC, IRCCS Burlo e IRCCS CRO (gruppi di lavoro regionali coordinamento RSPP e Medici Competenti)	1 iniziativa locale per territorio AS o regionale	Partecipazione	Coordinamento e monitoraggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo
1.4.2.j	Vigilanza nelle unità produttive, nei cantieri e nelle aziende agricole (per le Unità Produttive attualmente disponibili Flussi INAIL Regioni obiettivi LEA 2026, n. tot FVG 2.552)	Numero Unità locali vigilate Numero Cantieri vigilati - Numero Aziende agricole vigilate	- Numero Unità locali vigilate >=2.552 - Numero cantieri vigilati >= quanti vigilati nel 2026 - Numero aziende agricole vigilate >=128	ASFO	UL >= 663 Cantieri vigilati >= quanti vigilati nel 2026 Aziende agricole >= 43		Coordina-mento e monitor a-ggio
				ASU FC	UL >= 1.171 Cantieri vigilati >= quanti vigilati nel 2026 Aziende agricole >= 64		
				ASU GI	>= UL 717 Cantieri vigilati >= quanti vigilati nel 2026 Aziende agricole >= 21		

1.5 Promozione del benessere e della salute

La promozione della salute è un processo sociale e politico globale che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui e quindi azioni di educazione alla salute, ma include percorsi finalizzati a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da far adottare stili di vita sani e quindi promuovere il benessere del singolo e della collettività riducendo l'impattto sui servizi sanitari. Rappresenta quindi l'insieme delle attività intraprese per migliorare e/o salvaguardare la salute di tutti nella comunità e richiede, pertanto, la partecipazione di molteplici attori e diverse istituzioni, a partire dalla scuola ma anche della comunità, enti del terzo settore, amministrazioni, farmacie locali, oltre ai diversi professisonisti sanitari.

La scuola rappresenta un setting privilegiato per promuovere il benessere del giovane dell'intera comunità scolastica. Benessere, salute e istruzione sono interconnessi. La scuola che aderisca alla rete di scuole che promuovono salute (SPS) del FVG si impegna ad attuare una serie di azioni, con il supporto dei referenti delle aziende sanitarie. È stato dimostrato che l'approccio SPS ha effetti positivi sulla salute, tra cui si annoverano: l'aumento dell'attività fisica, il miglioramento dell'alimentazione, la riduzione dell'uso di sostanze lecite e illecite e del bullismo attraverso dl'attuazione di progetti validati, sviluppando l'educazione tra pari e le competenze socio-emotive.

Promuovere il benessere dell'intera comunità richiede la creazione di alleanze per rafforzare le azioni di advocacy e offrire opportunità di stili di vita sani; va sostenuta la mobilità attiva, privilegiando gli spostamenti brevi con la biciletta o a piedi, va promosso il movimento e contrastata la sedentarietà e la solitudine, vanno sviluppate azioni volte alla salute mentale.

Dalle evidenze scientifiche emerge che l'attività fisica migliora la salute in tutti i suoi aspetti: fisica, mentale, sociale oltre a prevenire le malattie croniche e alcuni tumori, riducendo quindi il carico e i costi del sistema sanitario. In tutti i paesi, le donne, le minoranze etniche, le comunità svantaggiate e le persone con disabilità e malattie croniche

hanno maggiori probabilità di essere inattive. Si deve pertanto valutare l'opportunità di includere maggiormente tali gruppi di popolazione dopo un'analisi del proprio territorio con progettualità specifiche.
Secondo le indicazioni dell'OMS i fattori strategici che incidono maggiormente e si sono dimostrati efficaci al fine di promuovere il movimento sono: campagne di comunicazione a lungo termine, con la sensibilizzaizone della comunità, la presenza e offerta di programmi di movimento per consentire alle persone di essere più attive in differenti modi, in base ai livelli personali di abilità, alle proprie preferenze, rivolgendosi anche alle persone con patologie croniche disabilità o pazienti psichiatrici, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità.

1.5.1 Scuole che promuovono salute

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.1.a	istituti scolastici del territorio aderiscono alla rete di SPS . Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIM il codice meccanografico dell'Istituto principale	Scuole che aderiscono alla rete	>30%	Tutte le Aziende	100%		Coordina-mento e monito-raggio
1.5.1.b	scuole aderenti alla rete che realizzano un intervento presente nel documento regionale di pratiche raccomandate Per scuole si deve intendere il plesso/scuola inclusa tipologia di indirizzo codice meccanografico anagrafe MIM	Scuole che partecipano alle progettualità del documento regionale	Almeno il 60%	Tutte le Aziende	100%		Coordina-mento e monito-raggio
1.5.1.c	diffondere le conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute"	Promuovere la compilazione del profilo di salute delle scuole aderenti alla rete	10% delle scuole aderenti	Tutte le Aziende	100%		Coordina-mento e monito-raggio
1.5.1.d		Organizzare incontro con referenti salute e dirigenti delle scuole non aderenti	5% delle scuole che non aderiscono	Tutte le Aziende	100%		Coordina-mento e monito-raggio

1.5.2 Comunità attive

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.2.a	Attivare gruppi di cammino e pubblicizzarli anche sul sito regionale	Gruppi attivati	Almeno 1 per azienda	Tutte le Aziende	100%		Monito-raggio
1.5.2.b	Realizzare corsi di walking leader	Corsi realizzati	Almeno 1 per azienda	Tutte le Aziende	100%		Monito-raggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.2.c	Partecipare alla redazione del toolkit per i comuni per promuovere il movimento, pubblicizzarlo e diffonderlo nel territorio.	Partecipaizone alle riunioni per la redaizione del toolkit. Organizzare degli incontri con le amministrazioni comunali aderenti alla rete di FVG in movimento.	Presenza agli incontri Almeno 1 incontro con le amministrazioni comunali (indicare numero amministrazioni presenti) in ogni azienda	Tutte le Aziende	100%		Coordina-mento e monito-raggio
1.5.2.d	Attivare flusso di dati dalle palestre della salute all'azienda sanitaria (Dgr 822/25) (definire quali dati, tipologia di afa offerta, modalità e loro utilizzo)	Invio report	annuale	Tutte le Aziende	100%		Coordi-namento e monito-raggio
1.5.2.e	Realizzare almeno un percorso formativo rivolto ai laureati in scienze motorie che operano nelle palestre della salute (Dgr 822/25)	Corsi realizzati	Almeno 2 REGIONALI	ASFO ASUFC ASUGI	100%		Coordi-namento e monito-raggio
1.5.2.f	Informare i MMG sulle modalità di prescrizione dell'esercizio fisico/attività fisica adattata e invio alle palestre della salute.	Riunioni distrettuali con MMG	Numero di incontri distrettuali con MMG Numero MMG raggiunti	ASFO ASUGI	100%		Monito-raggio
1.5.2.g	Aggiornamento del documento regionale su prescrizione dell'esercizio fisico strutturale	Documento aggiornato	Aggiornamento condiviso con i professionisti dei centri di prescrizione EF aziendali	ASUFC	100%		Coordi-namento e monito-raggio
1.5.2.h	Individuazione delle figure sanitarie aziendali che possono esser coinvolte in percorsi/azioni di promozione della salute e analisi del fabbisogno formativo su conoscenze, competenze e strumenti per promuovere stili di vita salutari e favorire la sicurezza e autonomia dell'anziano e persone fragili	Report	Individuaizione di operatori e analisi fabbisogno formativo	ASFO ASUFC ASUGI	100%		Monito-raggio

1.6 Dipendenze

La Relazione al Parlamento 2026 sul fenomeno delle dipendenze in Italia evidenzia un progressivo aumento dell'età media dell'utenza in carico ai servizi specialistici, unitamente all'aumento del tempo medio di latenza che intercorre tra l'età di primo uso e quella di primo trattamento. I dati regionali e nazionali evidenziano inoltre che la quasi totalità di prese in carico ai Servizi delle Dipendenze per disturbo da Uso di Sostanze è relativa a uso di oppiacei, cocaina, cannabinoidi e alcool. In coerenza con il Piano nazionale e regionale della prevenzione e con la "Programmazione triennale Fondo dipendenze Friuli Venezia Giulia 2025-2027", approvata con DGR n. 242 del 27.02.26, è necessario progettare e attivare programmi di riduzione dei rischi e delle conseguenze derivanti dall'uso di sostanze psicoattive (legali e illegali) incluse sostanze e modalità d'uso emergenti (es. nuove sostanze psicoattive, psicofarmaci non prescritti, e-cig), e comportamenti problematici, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili e alle fasce a rischio come i giovani under 25. I programmi si realizzano attraverso l'implementazione di presidi di prossimità e a bassa soglia nei contesti di vita quotidiana e luoghi di aggregazione, che rappresentano un primo punto di contatto per l'utenza più difficile da individuare attraverso i canali tradizionali, garantendo la possibilità di intercettare precocemente situazioni di vulnerabilità e rischio, e realizzare un primo supporto, inclusi interventi assistenziali specialistici di primo soccorso. L'approccio operativo si fonda su metodologie di contatto diretto e intervento precoce, attraverso interventi di ascolto, consulenza e orientamento, screening comportamentali e test volontari, con l'obiettivo di individuare comportamenti a rischio, promuovere stili di vita sani, anche attraverso iniziative educative e di sensibilizzazione, e facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari attraverso la costruzione di percorsi di accompagnamento personalizzati. Le strategie di intervento tengono conto del fenomeno dinamico delle dipendenze che vede sul mercato la convivenza tra vecchie e nuove sostanze e nelle dipendenze comportamentali nuove sfide, rispondendo anche alla necessità di dimensionare e capire meglio a livello locale il fenomeno dei consumi.
Le attività, realizzate grazie alla collaborazione fra Servizi pubblici delle dipendenze ed Enti locali e del Terzo settore, rafforzano le reti territoriali di primo contatto favorendo l'emersione del bisogno sommerso, riducendo la stigmatizzazione e promuovendo una cultura della salute basata sulla responsabilizzazione individuale e comunitaria

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.6.a	Promuovere l'intercettazione precoce dei comportamenti a rischio attraverso presidi territoriali integrati, facilitando l'accesso ai servizi sociosanitari e sostenendo la prevenzione delle dipendenze nella popolazione generale e vulnerabile	N° di programmi territoriali integrati, finalizzati alla prevenzione e alla riduzione dei rischi e delle conseguenze derivanti dall'uso di sostanze psicoattive e dalle dipendenze comportamentali	>= 3 (almeno 1 per azienda)	ASFO	>=1		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	>=1		
				ASUGI	>=1		

1.7 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria

La Regione Friuli Venezia Giulia gestisce ed implementa il sistema di sorveglianza veterinaria secondo la normativa nazionale e dell'Unione europea in tema di sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità animale, sistema I&R, bio-sicurezza degli allevamenti, benessere degli animali, farmacosorveglianza, spiaggiamenti di tartarughe e igiene urbana veterinaria. Adotta inoltre, a livello regionale, misure specifiche di controllo ed eradicazione di alcune malattie infettive degli animali (IBR e BVD) e di sicurezza alimentare (Piccole Produzioni Locali). Tra le iniziative finalizzate al potenziamento delle attività legate alla sorveglianza epidemiologica avviate dalla Regione, rientrano i Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, che hanno la funzione di supporto alle attività di pianificazione e gestione delle azioni di sorveglianza epidemiologica coordinate dal Servio veterinario regionale. A partire dal 2012 la Regione FVG si avvale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe) ai sensi della Legge Regionale 24 aprile 2015 n. 9 di riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie (IZSVe) dove è previsto che l'IZSVe provvede, previa copertura finanziaria da parte della committenza, ad ogni ulteriore compito, servizio o prestazione ad esso demandati dagli enti cogerenti. Pertanto, in attuazione ai Piani di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria, al fine di ottimizzare le risorse di capitale e di programmazione intesa come risorse disponibili allocate all'espletamento di tali attività e come progettualità di lungo termine, è stato stipulato un Accordo di collaborazione con il medesimo IZSVe di durata triennale (2025-2027). Anche per l'anno 2027 tutte le Aziende dovranno assicurare la realizzazione del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale raggiungendo gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari. In particolare, ogni azienda dovrà assicurare tutti gli interventi ispettivi e di audit previsti per settore dal PRISAN, e di campionamenti di alimenti programmati dal PRISAN nonché il numero di controlli congiunti tra Servizio veterinario e Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) come da Accordo Conferenza Stato Regioni. Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria tutte le Aziende saranno impegnate per il tramite dei propri referenti aziendali al proseguimento delle attività regionali (riunioni, incontri) del programma informatico BDN/SINAC animali d'affezione. In tale ambito i dipartimenti di prevenzione dovranno inoltre proseguire nelle attività di ispezioni presso tutti i canili convenzionati e presso tutti gli allevamenti per animali d'affezione. In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (n. 83/CSR), le attività di monitoraggio e gestione degli spiaggiamenti di tartarughe marine e cetacei sono coordinate dal Gruppo di lavoro regionale sugli spiaggiamenti, con il coinvolgimento dei referenti delle Aziende sanitarie, in collaborazione con le Capitanerie di Porto e i centri di recupero riconosciuti, nel rispetto dei protocolli nazionali vigenti. I referenti Aziendali hanno l'obbligo di segnalare gli eventi di spiaggiamento alla Direzione centrale salute, che provvede alla trasmissione annuale dei dati al Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica (MASE). Prosegue e si potenzia l'attività di monitoraggio sanitario entomologico, volta all'individuazione precoce e al contenimento degli imenotteri a potenziale impatto sulla salute pubblica e sulla sanità apistica, con particolare attenzione alle specie aliene o neoinvasive come Vespa orientalis e Vespa velutina. Coordinata dal Gruppo di lavoro regionale sugli Imenotteri, l'attività rappresenta un elemento strutturale della sorveglianza sanitaria apistica e della prevenzione del rischio da punture. Le Aziende sanitarie, attraverso i referenti individuati, saranno coinvolte nella realizzazione delle azioni regionali, finalizzate alla protezione degli alveari, alla tutela della sicurezza alimentare e alla riduzione del rischio per la popolazione esposta. Sul versante informatico tutte le Aziende nel corso del 2027 dovranno adottare il sistema GISA 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 per la gestione delle attività di controllo ufficiale (esecuzione, monitoraggio e registrazione).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.a	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	SERVIZI VETERINARI n. interventi ispettivi per settore realizzati / n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2027 da PRISAN, come da programmazione GISA	100%	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.b	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	SIAN n. interventi ispettivi per settore realizzati / n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2027 da PRISAN, come da programmazione GISA	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.c	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	SERVIZI VETERINARI n. audit per settore realizzati/ n. audit per settore programmati per il 2027 da PRISAN, come da programmazione GISA	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.d	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	SIAN n. audit per settore realizzati/ n. audit per settore programmati per il 2027 da PRISAN, come da programmazione GISA	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.e	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	SERVIZI VETERINARI n. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di alimenti programmati per 2027 da PRISAN.	100%	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.f	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	SIAN n. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di alimenti programmati per 2027 da PRISAN.	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.g	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN realizzati / n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN programmati per 2027 da PRISAN Da eseguirsi almeno 20 controlli congiunti per ASUGI, 30 per ASU FC e 20 per ASFO	100%	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.h (LEA NSG P10Z)	Migliorare la 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	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle	100% (valore FVG 2022 ministeriale: 77,35%)	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino*		ASUGI	100%		
* indicatore composito: = [(numero delle aziende bovine controllate per anagrafe / 3% delle aziende bovine in BDN) x 100] x 0,1 +[(numero delle aziende ovicaprine controllate per anagrafe / 3% delle aziende ovicaprine in BDN) x 100]x 0,05 +[(numero di capi ovicaprini controllati per anagrafe / 5% degli ovicaprini) x 100] x 0,05 +[(numero delle aziende suine controllate per anagrafe / 1% delle aziende suine in BDN) x 100] x 0,1 +[(numero delle aziende equine controllate per anagrafe / 5% delle aziende equine in BDN) x 100] x 0,1 +[(numero degli allevamenti apistici controllati per anagrafe / 1% degli allevamenti in BDN) x 100] x 0,1 +[(n° dei controlli svolti mediante campionamenti ed analisi in attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale dell'anno di riferimento / n° dei controlli mediante campionamenti ed analisi minimi stabiliti dal medesimo Piano per l'anno di riferimento) x 100] x 0,3 + [(n° di operatori controllati per farmacosorveglianza / operatori controllabili) x 100] x 0,2. Tutti gli indicatori devono tendere a 100%, sono fissate dal Ministero delle soglie minime di inaccettabilità che sono pari al 90% ad eccezione degli ultimi 3 indicatori per i quali sono fissati rispettivamente le soglie minime del 60%, 70% e del 100%.							
1.7.i (LEA NSG P12Z)	Migliorare la 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	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% (Valore FVG 2022 ministeriale: 92,84%)	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
* indicatore composito: = [(n° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n° dei controlli previsti dal medesimo Piano) x 100] x 0,4 +[(n° dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di prodotti fitosanitari in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n° dei controlli previsti) x 100] x 0,4 +[(n° dei controlli minimi svolti in attuazione del Piano Nazionale per il controllo degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari / n° dei controlli minimi stabiliti dal medesimo piano 3) x 100 x 0,2 Tutti gli indicatori devono tendere a 100%, sono fissate dal Ministero delle soglie minime di inaccettabilità che sono pari al 90%							
1.7.j (LEA NSG P11Z)	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	Percentuale di controlli in attuazione del PNBA sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute (Fonte VETINFO)	100%	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				ASUGI	100%		
1.7.k	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con l'ente pagatore	Percentuale di controlli effettuati rispetto a quelli previsti per gli atti di interesse di a condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100%	ASFO	100%		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.l	Biosicurezza suini Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione della PSA	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza suini sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	ASFO	100%		Monito-raggio e coordi-namento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.m	Biosicurezza avicoli Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli ai fini della prevenzione dell'influenza aviaria	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza avicoli sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	ASFO	100%		Monito-raggio e coordi-namento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.n	Igiene Urbana Veterinaria: Realizzazione di percorsi formativi di cui all'ordinanza del Ministero della Salute 6/8/2013 e ss.mm.ii	Realizzazione di almeno un corso di formazione	100%	ASFO	100%		Monito-raggio e coordina-mento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.o	Igiene Urbana Veterinaria: garantire l'attività di controllo sanitario sui canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione inviando i verbali alla DCS	Ispezioni nei canili convenzionati e in tutti gli allevamenti degli animali d'affezione. Invio verbali alla DCS	100%	ASFO	100%		Monito-raggio e coordina-mento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.7.p	Utilizzo del sistema GISA 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. Avvio del sistema GISA per l 'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (programmazione, inserimento e rendicontazione)	Report con evidenza dell'avvio integrale di tutti i sistemi	Avvio ed utilizzo al 100% dei sistemi entro il 31/12/2027	ASFO	100% utilizzo sistemi		Monito-raggio e coordina-mento
				ASUFC	100% utilizzo sistemi		
				ASUGI	100% utilizzo sistemi		
1.7.q	Coordinare le attività di monitoraggio e gestione degli spiaggiamenti di tartarughe marine e cetacei, garantendo la segnalazione degli eventi da parte delle Aziende sanitarie alla DCS e la trasmissione annuale dei dati al MASE, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 83/CSR del 10/07/2014.	% di eventi di spiaggiamento segnalati alla DCS rispetto al totale degli eventi rilevati sul territorio regionale	100%	ASUGI	100%		Coordi-namento, monito-raggio e trasmissione dati al MASE
				ASUFC	100%		
1.7.r	Filiera dei molluschi bivalvi Esecuzione delle attività di monitoraggio per il mantenimento delle zone classificate per la produzione e raccolta dei molluschi	% dei controlli effettuati su numero di controlli eseguibili su zone classificate e aperte (fonte dati VETINFO/IZSVe)	100%	ASUGI	100%		Monito-raggio e coordi-namento
				ASUFC	100%		
1.7.s	Attuare il monitoraggio sanitario apistico ed entomologico per l' individuazione e il contenimento degli imenotteri alieni o neo-invasivi, con il coinvolgimento delle Aziende sanitarie e nel rispetto della programmazione regionale.	Attuazione del monitoraggio sanitario apistico ed entomologico nelle aree già infestate da V. orientalis. Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) e % di segnalazioni validate di Vespa velutina trasmesse dai referenti aziendali al sistema di sorveglianza regionale rispetto al	100%	ASUGI	100%		Attuare il monito-raggio sanitario apistico ed entomolo-gico per l'individua-zione e il conteni-mento degli imenotteri alieni o neo-invasivi, con il coinvolgi-mento delle Aziende
				ASUFC	100%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		totale dei casi noti o confermati.		ASFO	100%		sanitarie e nel rispetto della program-mazione regionale.
1.7.t	Progetto Piccole Produzioni Locali: effettuare le attività previste su prodotti lattiero caseari di malga e vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc	Report trasmesso entro il 31.01.2028, con i dati relativi al 31.12.2027, recante: -n. di PPL di alimenti di origine animale, di alimenti di origine vegetale e di prodotti lattiero caseari di malga registrate - n. di ispezioni, - analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto, - dettaglio delle attività eseguite su tutti i prodotti del paniere	100%	ASUGI	100%		Monito-raggio e coordi-namento
				ASUFC	100%		
				ASFO	100%		
1.7.u	Igiene Urbana Veterinaria: Realizzazione di percorsi formativi di cui all'ordinanza del Ministero della Salute 6/8/2013 e ss.mm.ii	Realizzazione di almeno un corso di formazione	100%	ASFO	100%		
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.v	Igiene Urbana Veterinaria: Realizzazione di percorsi formativi di cui all'ordinanza del Ministero della Salute 6/8/2013 e ss.mm.ii	Realizzazione di almeno un corso di formazione	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.7.z	Igiene Urbana Veterinaria: garantire l'attività di controllo sanitario sui canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione inviando i verbali alla DCS	Ispezioni nei canili convenzionati e in tutti gli allevamenti degli animali d'affezione. Invio verbali alla DCS	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento

1.8 Investire in salute nei primi 1000 giorni

Al fine di promuovere la salute nei primi 1000 giorni di vita, gli Enti del SSR garantiscono la formazione degli

operatori sui determinanti di salute nei primi 1000 giorni, sull'allattamento, sul modello della Nurturing Care e sulla prevenzione dei rischi in ambito domestico. Adottano inoltre interventi volti a rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria, con particolare attenzione alle persone e alle famiglie in condizioni di vulnerabilità, favorendo un accesso equo ai servizi e contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze di salute.
Attraverso i propri rappresentanti, gli Enti del SSR collaborano alla stesura dei protocolli regionali per la promozione dell'allattamento e dell'alimentazione complementare responsiva, per il supporto delle capacità genitoriali, per lo sviluppo psicomotorio e cognitivo del bambino e per l'individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo.
Gli Enti del SSR si impegnano nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- incrementare l'adesione al bilancio di salute preconcezionale;
- promuovere l'allattamento e l'alimentazione complementare responsiva;
- rafforzare il percorso postnatale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino;
- favorire l'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da parte dei PLS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.8.a	Programma formativo "investire in salute primi 1000 giorni". Le Aziende organizzano eventi formativi su determinanti di salute nei primi 1000 giorni, Nurturing Care, sicurezza domestica del bambino, counseling motivazionale per il sostegno alla genitorialità responsiva	N° di eventi formativi	≥ 2 eventi formativi	ASFO	≥ 2		monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
1.8.b	Bilancio di salute pre-concezionale. Le aziende promuovono iniziative volte a favorire l'adesione	N° visite preconcezionali	+5%	ASFO	+5%		monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
1.8.c	Promozione e sostegno all'allattamento. Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione dell'allattamento e assicurano la rilevazione e registrazione dei dati	Percentuale di operatori aziendali dedicati formati sull'allattamento con metodologia PBL (report dei referenti aziendali)	≥ 80%	ASFO	≥ 80%		monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
1.8.d		Percentuale delle schede inserite nel portale allattamento alla dimissione dal punto nascita	≥ 90%	ASFO	≥ 90%		monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.8.e		Percentuale di registrazione del dato sull'allattamento rilevato alla seconda vaccinazione	≥ 75%	ASFO ASUFC ASUGI	≥ 75%		
1.8.f	Per l'IRCCS Burlo Garofolo: predisposizione di un report sui dati raccolti per la seconda rilevazione del Sistema di Sorveglianza nazionale 0-2	Trasmissione del report alla DCS	Entro il 30/04/27	BURLO	Entro il 30/04/2027		monitoraggio
1.8.g	Supporto alla genitorialità. Le Aziende promuovono la partecipazione delle donne/coppie ai corsi post-natali, implementando i corsi fino a 6 settimane dopo la nascita	Invio report delle attività realizzate e del numero di donne/coppie che hanno partecipato all'attività sul numero totale annuale di donne/coppie	Report entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI	Report entro il 31/12/2027		monitoraggio
1.8.h	Individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da parte dei PLS. Le Aziende partecipano alla definizione del protocollo regionale	Istituzione del gruppo di lavoro	Entro il 31/01/2027	ASFO ASUFC ASUGI	Entro il 31/01/2027		
				BURLO	Entro il 31/01/2027 Anche Coordina-mento		
1.8.i		Trasmissione del protocollo alla DCS	Entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	Entro il 31/12/2027		Monito-raggio
1.8.j	Banche del latte umano donato. Le aziende promuovono la donazione del latte umano, garantiscono il processo e la tracciabilità del percorso	Report sulle attività realizzate	Entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	Entro il 31/12/2027		monitoraggio

1.9 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento

Nel corso del 2027 proseguiranno in ARCS le attività del "Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento", che garantirà la conduzione delle Sorveglianze per tutte le Aziende Sanitarie della Regione, il flusso dati verso l'ISS (DM 03/03/2017), nonché la produzione degli indicatori di competenza e di report su tematiche rilevanti ai fini della prevenzione e della programmazione regionale, e ottemperare al LEA della Prevenzione (DPCM 12/01/2017, Allegato 1 Area F).

Le Aziende Sanitarie dovranno diffondere i dati e i report alla cittadinanza e agli operatori sanitari, anche attraverso i portali regionali e i media aziendali, per aumentarne le conoscenze, sensibilizzare la popolazione sui comportamenti non salutari e sollecitare gli operatori sanitari ad erogare i consigli comportamentali all'utenza in tutte le occasioni di contatto.

Le funzioni assegnate ad ARCS saranno garantite sulla base di specifico finanziamento riconosciuto nell'ambito delle risorse regionali per il finanziamento delle finalizzazioni extra fondo.

In continuità con gli anni precedenti, le interviste telefoniche saranno realizzate nell'ambito delle attività di outbound sanitario commissionate ad ARCS, mentre l'invio dell'informativa ai soggetti campionati e ai medici di medicina generale è affidata a INSIEL, con costi a carico della DCS, per garantire la numerosità campionaria minima per il calcolo degli indicatori LEA di competenza (P 14C) per ciascuna Azienda Sanitaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.9.a	Coordinare l'organizzazione e gestire le sorveglianze PASSI e PASSI D'ARGENTO per garantire la raccolta e i flussi di dati verso ISS (LEA U1.1 Area Prevenzione- NSG - DM 12/03/2019)	Relazione di attività coordinamento per DCS	n. 1 report, entro il 31.12.2027	ARCS	Report		Monitoraggio e coordinamento tramite ARCS affidataria della gestione della progettualità
1.9.b	Monitorare il valore dell'indicatore composito sugli stili di vita (PASSI P14C)	Report di monitoraggio per AZIENDE E DCS	n. 1 report, entro il 31.12.2027	ARCS	Report		
1.9.c	Elaborazione dati sugli stili di vita e su altre tematiche rilevanti ai fini della prevenzione, redazione di schede tematiche/ documenti e trasmissione alla DCS e alle Aziende Sanitarie	Scheda tematica o rapporto su stili di vita o tematiche rilevanti ai fini della prevenzione	n. 1 scheda tematica o documento su stili di vita entro il 31.12.2027	ARCS	Scheda tematica o Documento su stili di vita		
				ASUFC	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati		
				ASFO			
				ASUGI			

1.10 Sicurezza negli ambienti di vita

1.10.1 Alimentazione, salute e sostenibilità

Il PNP 2026-2031, nell'ambito del Programma Predefinito 13 riferito al macro-obiettivo MO7, indica gli obiettivi da perseguire per quanto attiene a malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione, integrando soprattutto lo sviluppo delle linee inerenti alla sicurezza alimentare, alla promozione della salute e alla linea ambiente e salute; particolare attenzione viene rivolta alla formazione specifica, rivolta ai consumatori, agli operatori del settore alimentare e agli operatori sanitari, ivi compresi gli addetti al controllo ufficiale.

Nel 2027, pertanto, le Aziende sanitarie saranno chiamate a giocare un ruolo cruciale negli ambiti della comunicazione, dell'informazione, della sensibilizzazione e della formazione sui temi dell'educazione alimentare e della lotta agli sprechi.
Le stesse, inoltre, garantiranno continuità alle attività di sostegno a favore di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile in ogni contesto collettivo e life-course (nidi, ogni grado scolastico, aziende, strutture per anziani e disabili, carceri, comunità…). Proseguirà altresì l'offerta di counselling nutrizionale per le donne in età preconcezionale e in gravidanza, anche in continuità con le attività del programma "Investire in salute nei primi 1000 giorni".
Le Aziende sanitarie garantiranno infine le attività già in essere e incluse nel precedente PRP, e in particolare:
attuazione a livello locale delle azioni/iniziative in raccordo con il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN);
diffusione e applicazione delle linee guida per l'esternalizzazione del servizio di ristorazione collettiva e supporto agli enti pubblici per la redazione di tutti i capitolati d'appalto e delle linee guida sulla ristorazione scolastica di nuova redazione;
mantenimento dell'offerta di counseling nutrizionale (almeno un'Azienda).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.10.1.a	Realizzazione di interventi di comunicazione e informazione sulla promozione dell'educazione alimentare, la lotta agli sprechi sulla base della Direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti ed il recupero delle eccedenze con riferimento alla Legge 166/2016 (L. Gadda)	Numero di interventi di informazione e sensibilizzazione realizzati per gli OSA e altri stakeholder (es. associazioni di categoria e ordini) sul tema della sicurezza alimentare, anche con tecnologie innovative quali laboratori/video, pillole	almeno 1 intervento realizzato da ogni azienda	ASFO	>=1 intervento realizzato		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	>=1 intervento realizzato		
				ASUGI	>=1 intervento realizzato		
1.10.1.b	Le Aziende sanitarie partecipano, attraverso loro rappresentanti, al tavolo di lavoro attivato	% incontri di lavoro, ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>=90	ASFO	>=90		Coordina-mento e monito-raggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	dalla DCS per la definizione di un progetto regionale per la formazione degli addetti e degli operatori del settore alimentare in tema di alimentazione sana e sicura			ASUFC			
				ASUGI			
1.10.1.c	Formazione operatori sul tema "Alimenta la tua salute al lavoro e a casa"	Corso di formazione ECM rivolto agli operatori sanitari.	almeno 1 corso realizzato da ogni azienda	ASFO	>= n. 1 corso realizzato		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= n. 1 corso realizzato		
				ASUGI	>= n. 1 corso realizzato		
1.10.1.d	Presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	Rilevazione in almeno il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	>=70%	ASFO	>=70%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			

1.11 Contrasto all'antibiotico resistenza

Nel corso del 2027 la Regione e le ASL FVG seguiranno le indicazioni del MS sull'adozione del PNCAR 2027-2031 se disponibile, oppure una ulteriore proroga del PNCAR 2025 già prorogato al 2026. Gli obiettivi regionali si sono già adeguati alla strategia nazionale del PNCAR 2027-2031, intervenendo in modo importante sulla digitalizzazione delle raccolte, trasmissione e analisi dei dati e sul miglioramento della sensibilità delle indagini e delle diagnosi microbiologiche di ICA e MTA. Proseguirà pertanto nel 2027 quanto già indicato nel 2026 ed in accordo con il piano regionale di contrasto all'AMR (PRCAR 2025-2026).

cod. ob.	Obiettivo/azione	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.11.a	Mantenere o migliorare le attività di prevenzione, gestione e controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG. Le ASL applicano il protocollo regionale di sorveglianza dei microrganismi sentinella e aggiornano (se necessario) il protocollo in base alle indicazioni di MS	mantenere la sorveglianza dei microrganismi sentinella	Sì/No	ASFO	si		Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC	si		
				ASUGI	si		

cod. ob.	Obiettivo/azione	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				BURLO	si		
				CRO	si		
1.11.b	Mantenere o migliorare le attività di prevenzione, gestione e controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG. Le ASL e IRCCS (dove possibile) partecipano allo studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni del MS/ECDC, in base alle proprie competenze e in particolare alle indagini PPS (point prevalence surveillance) coordinate di ECDC, l'adesione alla sorveglianza delle ICA in Terapia Intensiva attraverso il sistema SPIN-UTI e alle sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) attraverso l'applicazione del protocollo SNICh2. Secondo le indicazioni della rete cure sicure (RcS). Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-2,1-2-3 1-2-4, 1-2-5, 1-2-6)	partecipazione alle sorveglianze attivate nel corso del 2027 secondo le indicazioni della RcS, e dove possibile per gli IRRCS, e in base alle proprie competenze (SI/NO)	Sì/No	ASFO	Almeno 2 sorveglianze.	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	Coordina-mento e monito-raggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC	Almeno 2 sorveglianze		
				ASUGI	Almeno 2 sorveglianze		
				BURLO	Almeno 2 sorveglianze (ove possibile)		
				CRO	Almeno 2 sorve-glianze (ove possibile)		
1.11.c	Sviluppare o mantenere, o migliorare un sistema di sorveglianza per l'operatività della strategia di riduzione dell'AMR. Garantire il mantenimento e l'analisi dei dati del Registro Regionale delle Resistenze, la trasmissione dei dati alla rete ARISS di ISS, e la produzione annuale del report AMR. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-7, 1-2-8)	I dati del Registro Resistenze sono raccolti, validati, analizzati e restituiti in una relazione annuale (entro aprile - maggio dell'anno) o trasmessi a rete ARISS (entro la data indicata dal ISS). Il laboratorio	Sì/No	ASFO	Il laboratorio HUB gli esperti dell'Azienda partecipano alla produzione dei dati		Coordina-mento e monito-raggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC			

cod. ob.	Obiettivo/azione	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		HUB dell'ASL e gli esperti dell'ASL partecipano alla produzione dei dati dell'obiettivo (SI'/NO)		ASUGI			
1.11.d	Sviluppare o mantenere, o migliorare un sistema di sorveglianza per l'operatività della strategia di riduzione dell'AMR. Mantenere la sorveglianza di consumo di soluzione idroalcolica nelle strutture di ricovero pubbliche secondo protocollo ISS e implementazione della verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS (5 momenti igiene delle mani) nelle strutture sanitarie di ricovero pubbliche. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-10	Sorveglianza di consumo di soluzione idroalcolica nelle strutture di ricovero pubbliche secondo protocollo ISS e verifica annuale dell'adesione alla buona pratica di igiene delle mani attraverso osservatori con metodologia OMS	Sì/No	ASFO	Sì/No		Coordina-mento e monito-raggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC	Sì/No		
				ASUGI	Sì/No		
1.11.e	Favorire la digitalizzare e la precisione della sorveglianza dell' AMR, del AMC e del controllo delle malattie infettive degli uomini e degli animali allevati per la produzione alimenti in FVG. Per ottimizzare la sorveglianza genomica di agenti ICA in FVG il LRR-AMR predispone: 1) l'elenco delle analisi di caratterizzazione molecolare disponibili per i microrganismi (batteri) coinvolti in ICA, 2) il protocollo di invio del campione al LRR-AMR, 3) stabilisce ed informa sui criteri di priorità delle analisi e 4) sulle procedure di informazione rapida e di refertazione finale dei risultati. Il LRR-AMR inizia ad acquisire la sorveglianza	Campioni inviati a LRR-AMR (SI/NO)	Sì/No	ASFO	adegua flusso campioni e informazioni secondo le indicazioni del LRR-AMR		Coordina-mento e monito-raggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
		Protocolli e indicazioni per funzionalità LRR-AMR (SI/NO)	Sì/No	ASUFC	realizza indicazioni per funzionalità LRR-AMR e analizza campioni		

cod. ob.	Obiettivo/azione	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	genomica di agenti ICA e di agenti zoonosici delle malattie a trasmissione alimentare (MTA) in FVG (Salmonelle) e il mantenimento (popola e cura) delle piattaforme di raccolta dati nazionali e la trasmissione dei risultati all'ASL committente. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-11, 1-2-12, 1-2-13)	Campioni inviati a LRR-AMR (SI/NO)	Sì/No	ASUGI	Adegua flusso campioni e informazioni secondo le indicazioni del LRR-AMR		
1.11.f	Favorire la digitalizzazione della sorveglianza e controllo delle ICA in FVG. Individuare ed acquisire SW per la gestione dei dati ICA (SW-ICA), con analisi per identificare il rischio ICA in singoli pazienti e cluster, con segnalazione ai professionisti e popolamento di un archivio con evidenze di gestione dei casi e cluster ICA. ASUFC completa la messa a punto del prodotto SW individuato per SMM. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-2-14)	Proseguire la valutazione per l'introduzione di SW-ICA (SI/NO)	SW-ICA individuato (SI/NO)	ASFO	SW-ICA acquisito e operativo in almeno 3 reparti ospedalieri		Coordina-mento e monito-raggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
		SW-ICA base adottato e prosegue valutazione nuovi moduli del SW-ICA in base alle valutazioni di fattibilità	SW-ICA individuato o acquisito o operativo in almeno 3 reporti ospedalieri	ASUFC	SW-ICA acquisito e operativo in almeno 3 reparti ospedalieri		
		Proseguire la valutazione per l'introduzione di SW-ICA	SW-ICA individuato	ASUGI	SW-ICA acquisito e operativo in almeno 3 reparti ospedalieri		
1.11.g	Favorire l'introduzione e l'aggiornamento di test rapidi per screening di colonizzazione o infezione con agenti coinvolti nelle infezioni correlate all'assistenza in ospedale. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 1-3-5)	Test rapidi ICA in valutazione, o introdotto nei setting che ne necessitano	Sì/No	ASFO	Sì/No		Coordina mento e monito-raggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC	Sì/No		
				ASUGI	Sì/No		
				BURLO	Sì/No		
				CRO	Sì/No		
1.11.h	La Regione FVG e le ASL partecipano al monitoraggio armonizzato Decisione (EU) 2020/1729, con raccolta e invio campioni come da	Partecipazione e sorvegliana AMR in animali da produzione alimenti e in	Sì/No	ASFO	Sì/No		Coordina-mento e monito-raggio azioni

cod. ob.	Obiettivo/azione	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	programmazione piano nazionale monitoraggio armonizzato AMR. Inoltre DCS e ASL partecipano a eventuale sorveglianza supplementare di isolati di interesse di sanità pubblica. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni xxx)	alimenti secondo le indicazioni annuali del MS (SI'/NO)		ASUFC	Sì/No		PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUGI	Sì/No		
1.11.i	Come indicato dal piano nazionale di farmacosorveglianza, le ASL realizzano i controlli programmati di farmaco sorveglianza negli allevamenti di animali per produzione di alimenti. La programmazione utilizza anche i dati di sorveglianza dei consumi di farmaci a livello di allevamento (utilizzo di Vetinfo-classyfarm) per indirizzare i controlli di farmacosorveglianza di allevamento. (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-2-3). Le ASL realizzano i controlli programmati	Inserimento del consumo di antibiotici nella programmazione annuale di sorveglianza negli allevamenti di animali per produzione di alimenti e verifica di completamento dei controlli previsti dalla programmazione nei tempi indicati dalla DCS (SI'/NO)	Sì/No	ASFO	Sì/No		Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC	Sì/No		
				ASUGI	Sì/No		
1.11.j	Favorire l'applicazione di misure di prevenzione delle malattie infettive non zoonosiche degli animali da produzione alimenti con azioni che sono state già dimostrate efficaci nel miglioramento di un prodotto o un processo, o un servizio. Mantenere e migliorare la performance dei piani di eradicazione della IBR e BVD. BVD: migliorare i tempi di ricontrollo cartilagini inadatte (Riferimento: PRCAR FVG 2025-2026 azioni 2-3-1, 2-3-2)	IBR mantenere il numero di allevamenti indenni in FVG nel 2027 rispetto al 2026 (SI/NO). BVD: aumentare il numero di allevamenti aderenti al piano rispetto all'anno precedente	Per IBR: mantenere il numero di allevamenti indenni in FVG nel 2027 rispetto al 2026 (SI/NO) Per BVD: aumentare il numero di allevamenti aderenti al piano rispetto all'anno precedente	ASFO	IBR: N. allevamenti indenni controllati. BVD N. di allevamenti controllati		Coordinamento e monitoraggio azioni PNCAR 25-26 ed eventuale PNCAR 2027
				ASUFC	IBR: N. allevamenti indenni controllati. BVD N. di allevamenti controllati		
				ASUGI	IBR: N. allevamenti indenni controllati. BVD N. di allevamenti controllati		

1.12 Programma regionale di odontoiatria pubblica

Prosegue anche nel 2027 il programma regionale di odontoiatria pubblica, anche alla luce dell'aggiornamento del programma approvato con la DGR n. 478/2026, con la finalità di rafforzare l'offerta odontoiatrica, razionalizzarne l'organizzazione e aumentare l'efficienza dell'utilizzo delle risorse. L'obiettivo generale è assicurare un'offerta odontoiatrica pubblica omogenea, accessibile, appropriata e sostenibile, riducendo le differenze territoriali, migliorando l'efficacia dei nodi di rete e garantendo una presa in carico effettiva delle persone in condizioni di vulnerabilità. A tal fine è necessario che ogni azienda si impegni per raggiungere e/o mantenere in ogni centro di erogazione adeguati standard sia di dotazione organiche, tecnologiche che di volumi e tipologie di prestazioni.
Il coordinamento delle attività come previsto dalla DGR 478/2026, e successive modifiche, è affidato al Direttore del centro Hub di ASUGI, con il supporto di ARCS e dei referenti aziendali, ed eventualmente di referenti di disciplina, e in costante relazione con la DCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.12.a	Numerosità delle prestazioni ambulatoriali in ogni ambulatorio	Ogni ambulatorio deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni / anno, anche tramite la riorganizzazione dell'offerta e dei percorsi	n. prestazioni ambulatoriali per ogni ambulatorio che svolge l'attività >= 1.400	ASFO	n. prestazioni di ciascun ambulatorio citato nella DGR 478 >= 1.400		
				ASUFC	n. prestazioni di ciascun ambulatorio citato nella DGR 478 >= 1.400>= 1.400		
				ASUGI	n. prestazioni di ciascun ambulatorio citato nella DGR 478 >= 1.400		
				BURLO	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
1.12.b		In tutte le Aziende, le prestazioni medie per riunito odontoiatrico citato nella DGR 478/2026 devono essere > 1400	n. prestazioni medie per ogni riunito odontoiatrico >= 1.400	ASFO	n. prestazioni medie per ogni riunito odontoiatrico >= 1.400		
				ASUFC	n. prestazioni medie per ogni riunito odontoiatrico >= 1.400		
				ASUGI	n. prestazioni medie per ogni riunito odontoiatrico >= 1.400		
				BURLO	n. prestazioni medie per ogni riunito odontoiatrico >= 1.400		
1.12.c		I riuniti odontoiatrici degli ambulatori citati nella DGR 478 devono essere utilizzati per attività LEA o EXTRALEA per almeno 25 ore/settimana (odontoiatra/igienista e ASO)	n. ore di attività/settimana/riunito >= 25	ASFO	n. ore attività settimana/ riunito >= 25		
				ASUFC	n. ore attività settimana/ riunito >= 25		
				ASUGI	n. ore attività settimana/ riunito >= 25		
				BURLO	n. ore attività settimana/ riunito >= 25		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.12.d		Sulla base dei risultati degli anni precedenti, le azienda devono garantire un aumento % delle prestazioni LEA erogate nell'anno 2027 rispetto al 2025	n. prestazioni ambulatoriali aumentate rispetto a quelle erogate nell'anno 2025 in base ai risultati ottenuti gli anni precedenti.	BURLO	Aumento dell' 1 % delle prestazioni ambulatoriali		
				ASFO	Aumento del 5% delle prestazioni ambulatoriali		
				ASUFC	Aumento del 5 % delle prestazioni ambulatoriali		
				ASUGI	Aumento del 1 % delle prestazioni ambulatoriali		
1.12.e	Erogazione di prime visite e di visite di controllo	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo, in presenza o per mezzo di servizi di telemedicina) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo, in presenza o per mezzo di servizi di telemedicina) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	BURLO	<=25%		
				ASFO	<=30%		
				ASUFC	<=30%		
				ASUGI	<=23%		
1.12.f		Percentuale di soggetti sottoposti a trattamento entro 3 mesi dalla prima visita	Percentuale di soggetti sottoposti a trattamento entro 3 mesi dalla prima visita	BURLO	>=75%		
				ASFO	>=75%		
				ASUFC	>=75%		
				ASUGI	>=75%		
1.12.g	Governo delle liste di attesa e gestione delle prese in carico	Trasmissione alla DCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali sull'attività svolta (sia LEA che EXTRA LEA), liste attesa, rispetto dei tempi di attesa per le visite con classe di priorità UBDP, consumi, ticket incassati, ore apertura ambulatori, ore attività professionisti e monitoraggio dell'appropriata applicazione dei criteri per le classi di priorità UBDP, con trasmissione da effettuarsi entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione	Trasmissione alla DCS ad ARCS, per il tramite del Coordinamento regionale, di report trimestrali entro 60 giorni dalla chiusura del trimestre oggetto della relazione – numero di report trimestrali trasmessi	BURLO	4 report trimestrali trasmessi		
				ASFO	4 report trimestrali trasmessi		
				ASUFC	4 report trimestrali trasmessi		
				ASUGI	4 report trimestrali trasmessi		
1.12.h		Presa in carico dei pazienti con disabilità		BURLO	50% dei pazienti minorenni segnalati da ASUGI		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
			N di pazienti presi in carico entro 6 mesi dalla visita presso i centri ospitanti persone con disabilità	ASFO	50%		
				ASUFC	50%		
				ASUGI	Nell'Area Giuliana: 50% dei pazienti maggiorenni		
1.12.i		Numero sedute sala operatoria attivata per trattamenti di pazienti disabili in urgenza	Incremento nell'anno 2027 del numero di prestazioni su base mensile erogate rispetto alla media mensile a partire dall'apertura del servizio	ASUFC	>12/anno		
1.12.j		Relazione trimestrale con dettaglio dei materiali acquistati per singolo centro erogatore. Armonizzazione degli acquisti entro il 4 trimestre 2027	Trasmissione della relazione a coordinatore regionale ed ARCS entro il 31/03/27 relativo a anno 2026, entro 30/9/27 relativo a primo semestre 2027 e 31/3/28 relativo a 2027	ASUFC	Trasmissione delle relazioni a coordinatore e ARCS entro il 31/3/2027, 30/09/2027 e 31/3/2028		
				ASFO	Trasmissione delle relazioni a coordinatore e ARCS entro il 31/3/2027, 30/09/2027 e 31/3/2028		
				ASUGI	Trasmissione delle relazioni a coordinatore e ARCS entro il 31/3/2027, 30/09/2027 e 31/3/2028		
				BURLO	Trasmissione delle relazioni a coordinatore e ARCS entro il 31/3/2027, 30/09/2027 e 31/3/2028		
1.12.k	Riorganizza-zione dei servizi	Attivazione del progetto DAMA in ASUFC	Attivazione aziendale del progetto DAMA e comunicazione formale della stessa a DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ARCS entro il 31/12/2027	ASUFC	Vedi target		
1.12.l	Riorganizza-zione dei servizi	Stesura piano rafforzamento progetto Orchidea e inserimento coordinato nell'offerta dell'odontoiatria pubblica ASUFC	Trasmissione del documento contenente il piano entro il 30/06/2027 alla DCS, Coordinamento della Rete odontoiatrica e ad ARCS	ASUFC	Vedi Target		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.12.m			Entro il 31.12.2027 aumento del 20% rispetto all'anno 2025 dei nuovi pazienti presi in carico documentato in relazione trasmessa entro il 31/01/2028 a DCS, Coordinamento della Rete e ARCS	ASUFC	Vedi Target		
1.12.n	Riorganizza-zione dei servizi	Organizzazione e svolgimento di un servizio di visite (almeno 1/anno), presso le strutture ospitanti, alle persone con disabilità ospitate presso strutture diurne o h/24	Organizzazione e svolgimento di un servizio di visite (almeno 1/anno), presso le strutture ospitanti, alle persone con disabilità ospitate presso strutture diurne o h/24	ASUGI	Vedi Target		
				ASFO	Vedi Target		
				ASUFC	Vedi Target		
1.12.o			Trasmissione a DCS, Coordinamento e ARCS dei report semestrali sulle visite effettuate, numero di pazienti che necessitano di cure e pazienti presi in carico terapeutico entro entro 90 giorni dalla chiusura del semestre oggetto del report	ASUGI	Vedi Target		
				ASUFC	Vedi Target		
				ASFO	Vedi Target		
				BURLO	Vedi Target		
1.12.p	Riorganizza-zione dei servizi	Aumento attività di odontoiatria carceraria del 5% rispetto a 2025	Aumento attività di odontoiatria carceraria del 5% rispetto a 2025	ASUGI	Vedi Target		
				ASUF	Vedi Target		
1.12.q	Tempi d'attesa	Tempi attesa visite con invio con codice di priorità B, D	Percentuale di visite entro 10 gg. in codice di priorità B e entro 30 gg, in codice di priorità D >75%	ASUGI	Vedi Target		
				ASUFC			
				ASFO			
				BURLO			
1.12.r	Appropriatezza prescrittiva	Appropriatezza prescrittiva dei MMG per visite con codice di priorità B e D (>75%)	Numero di prescrizioni appropriate per visite con codice di priorità B e D sul totale di prescrizioni in classe di priorità	ASUGI	Vedi Target		
				ASUFC			
				ASFO			
				BURLO			

1.13 Attività di screening

1.13.1 Screening cardiovascolare

Al fine di promuovere il miglioramento degli stili di vita nei soggetti affetti da malattie croniche non trasmissibili o con fattori di rischio per il loro sviluppo, in FVG proseguono le attività già iniziate e in parte sviluppate nel corso del quadriennio 2021-25.

In particolare le Aziende Sanitarie garantiranno nel 2027:

- Incremento dei livelli di attività fisica in soggetti sovrappeso o obesi nella regione FVG attraverso il coinvolgimento sia degli operatori aziendali che dei MMG e PLS, mediante specifici obiettivi da proporre negli accordi aziendali e utilizzando a riferimento i dati del programma PASSI (target: estendere la raccomandazione di svolgere attività fisica al 40% dei sovrappeso ed al 58% degli obesi).
- Mantenimento del calcolo del rischio CV nella popolazione lavorativa afferente alle aziende sanitarie della regione FVG, al fine dell'idenitificazione precoce dei soggetti affetti da malattia CV e loro invio ad adeguata terapia e/o modifica degli stili di vita
- Mantenimento e prosecuzione dei programmi di prescrizione dell'attività fisica nei pazienti a rischio CV alto e molto alto secondo quanto indicato nel protocollo regionale della prescrizione dell'attività fisica

Cod. Ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.1.a	Effettuare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età llavorativa, al fine di identificare precocemente e inviare a terapia gli individui affetti da malattia CV per prevenire sia eventi CV che insorgenza di altre malattie croniche non trasmissibili	Effettuare il calcolo del rischio CV, secondo il punteggio SCORE2 e le linee guida europee dei lavoratori visitati dal medico competente delle Aziende Sanitarie regionali e proposta di invio a percorsi dedicati e/o visita specialistica per la successiva presa in carico	>= 50% dei lavoratori visitati sono inviati a percorsi dedicati o visita specialistica	ASFO	>= 50% invio dei lavoratori visitati sono inviati a percorsi dedicati o visita specialistica		Coordi-namento e monito-raggio
				ASUFC			
				ASUGI			

1.13.2 Screening oncologici

Proseguono le attività di screening oncologici per la prevenzione secondaria dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto, per le quali si mantiene la necessità di migliorare i livelli di adesione della popolazione e assicurare tempi il più possibile ridotti nel passaggio dal primo al secondo livello.

Nel corso del 2026, sono stati riavviati gli incontri con i referenti aziendali e le attività di audit con i radiologi refertatori per lo screening della mammella. Sono state inoltre avviati i tavoli tecnici con INSIEL per rendere disponibili le lettere di invito in forma digitalizzata anche sul sistema Sesamo, nonché le azioni di rinforzo della comunicazione, con l'aggiornamento del materiale comunicativo e l'armonizzazione dei contenuti digitali sui portali regionale e aziendali.

Nel 2027 verrà analizzato e, ove necessario, aggiornato il modello organizzativo regionale screening al fine di implementare i percorsi dei programmi organizzati di screening oncologici e il loro coordinamento regionale.

Proseguiranno i processi finalizzati a migliorare l'adesione ai programmi di screening. Continueranno i tavoli tecnici con INSIEL finalizzati a migliorare il sistema di chiamata e realizzare un sistema di prenotazione che consenta alle utenti di spostare autonomamente gli appuntamenti per gli screening mammografico e cervicale. sempre al fine di ridurre i tassi di mancata presentazione agli appuntamenti e migliorare l'organizzazione dei calendari e la qualità dell'offerta.

Proseguiranno le azioni di rinforzo della comunicazione alla popolazione e quelle di contrasto alle disuguaglianze di accesso e partecipazione ai programmi di screening oncologici. I dati della sorveglianza PASSI saranno resi disponibili per definire le caratteristiche della popolazione target con maggiore difficoltà di accesso agli screening e per identificare e monitorare le motivazioni di mancata adesione.

Continueranno la formazione degli operatori e le attività finalizzate a migliorare la qualità della diagnostica: oltre alle attività di audit con i radiologi, già attive, saranno attivati gli incontri con i ginecologi colposcopisti, al fine di migliorare la diagnostica di secondo livello dello screeening della cervice uterina.

Nel 2027, inoltre, verrà avviato uno studio di fattibilità sull'eventuale estensione degli screening del colon retto e della mammella alla fascia di età 70-74 anni.

Di seguito il dettaglio degli obiettivi per l'anno 2027

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.2.a	Assicurare la formazione degli operatori degli screening oncologici (PP08_OT02-IT01)	numero eventi formativi	>=1	ARCS	>=1 evento a carattere regionale	Coordinamento e Organizzazione eventi formativi regionali	
1.13.2.b	Realizzazione degli incontri periodici con referenti screening aziendali e con i radiologi refertatori	N° incontri	>=2	ARCS	Vedi target	Coordinamento e organizzazione	
1.13.2.c	Migliorare la qualità della diagnostica di secondo livello dello screening della cervice	Audit colposcopisti	>=1	ASFO	>=1	Coordinamento e organizzazione	
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS			
1.13.2.d	Migliorare la conoscenza degli screening oncologici e sensibilizzare la popolazione all'importanza della prevenzione oncologica, della diagnosi precoce dei tumori e dei percorsi organizzati di screening oncologici (PP08_OT03-IT01	Stesura di un piano di comunicazione che coinvolga gli stakeholder	31/12/2027	ASFO	Partecipazione alla stesura del piano	Coordinamento alla stesura del piano di comunicazione	Condivisione del Piano
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS	Trasmissione alla DCS per condivisione del piano entro il 31.12.2027		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.2.e	Aggiornamento del modello organizzativo e di governance regionale dei programmi organizzati di screening oncologici	Documento di aggiornamento del modello organizzativo regionale	Entro il 31.12.2027	ARCS	Stesura e trasmissione alla DCS di proposta di documento descrittivo del modello organizzativo entro il 31.12.2027		

1.13.2.1 Screening Cervice Uterina

Anche per il 2027 si conferma la necessità che le Aziende predispongano bimestralmente il calendario delle chiamate e la sua trasmissione ad ARCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.2.1.a	Mantenere/migliorare l'estensione degli inviti dei programmi di screening della cervice alla popolazione target	Estensione corretta screening cervice (%): (Persone invitate HPV*5 + Persone invitate Pap*3) / (Popolazione target annuale) x 100.	>80% (Valore FVG 2025: 86,8%)	ASFO	>=80% (valore 2025 84,9%)	Monitoraggio	
				ASUFC	>=80% (valore 2025 78,3%)		
				ASUGI	>=80% (valore 2025 100,5%)		
1.13.2.1.b	Adesione allo screening della cervice uterina *(popolazione riferimento obiettivo donne 25-65 anni)*	% adesione alla proposta di screening della cervice uterina	≥70% donne convocate *(FVG 2025: 71,62%)*	ASFO	>= 70% *(2025: 70,78%)*	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>=70% *(2025: 70,83%)*		
				ASUGI	>= 71% *(2025: 73,16%)*		
1.13.2.1.c	Tempi di refertazione PAP test di secondo livello	% Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	>=95% entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	ASUGI	>=95% *(2025: 99,64%)*	Monitoraggio	
1.13.2.1.d	Mantenere i tempi di refertazione degli HPV test	% HPV refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	> 95% entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	ASUGI	>= 95% *(2025: 99,88%)*	Monitoraggio	
1.13.2.1.e	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di Appuntamenti per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dall'esecuzione	>= 90% appuntamento entro 8 settimane dall'esecuzione dell'esame di primo livello	ASFO	>= 90% *(2025: 89,74%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 78,99%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 95,00%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		dell'esame di primo livello	*(FVG 2025: 85,61)*	CRO	>= 90% *(2025: 90,35%)*		
				BURLO	>= 90% *(2025: 84,29%)*		

1.13.2.2 Screening Mammografico

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.2.2.a	Mantenere/migliorare l'estensione degli inviti dei programmi di screening mammografico alla popolazione target (PP08/OS03_IS01)	Estensione corretta (%) screening mammografico: (Persone invitate - inviti inesitati) / (Popolazione target annuale - persone escluse prima dell'invito) x 100.	>=90% (Valore FVG 2025: 90,9%)	ASFO	>=90% (valore 2025 90,6%)	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>=90% (valore 2025 91,8%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2025 90%)		
1.13.2.2.b	Valutazione eventuale ampliamento dello screening mammografico alla fascia di età 70-74 anni	Elaborazione e trasmissione alla DCS di uno studio di fattibilità, impatto e sostenibilità delleventuale ampliamento	Trasmissione alla DCS dello studio di fattibilità, impatto e sostenibilità	ARCS	Trasmissione alla DCS dello studio di fattibilità, impatto e sostenibilità	Vedi Target	
1.13.2.2.c	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico *(popolazione riferimento donne obiettivo 45-70 anni)*	% adesione alla proposta di screening	≥67% donne convocate *(FVG 2025: 62,46%)*	ASFO	≥67% *(2025: 64,97%)*	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	≥65% *(2025: 59,89%)*		
				ASUGI	≥67% *(2025: 64,13%)*		
1.13.2.2.d	Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	≥90% *(FVG 2025: 96,21%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 96,90%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 95,40%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 96,10%)*		
				CRO	>= 90% *(2025: 97,36%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.2.2.e	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	<10% *(FVG 2025: 7,82%)*	ASFO	< 10% *(2025: 5,24%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	< 10% *(2025: 7,06%)*		
				ASUGI	< 10% *(2025: 12,85%)*		
				CRO	< 10% *(2025: 5,95%)*		
1.13.2.2.f	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	≥95% *(FVG 2025: 99,30%)*	ASFO	>= 95% *(2025: 100%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 95% *(2025. 99,50%)*		
				ASUGI	>= 95% *(2025: 95,12%)*		
				CRO	>= 95% *(2025: 100%)*		

1.13.2.3 Screening Colon Retto

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

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.13.2.3.a	Mantenere/migliorare l'estensione degli inviti dei programmi di screening del colon-retto alla popolazione target	Estensione corretta screening colon retto (%): (Persone invitate - inviti inesitati) / (Popolazione target annuale - persone escluse prima dell'invito) x 100	>=90% (Valore FVG 2025: 86,66%)	ASFO	>=90% (valore 2025 93,3%)	monitoraggio	
				ASUFC	>=90% (valore 2025 86,28%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2025 81,94%)		
1.13.2.3.b	Valutazione eventuale ampliamento screening colon retto alla fascia di età 70-74 anni	Elaborazione e trasmissione alla DCS di uno studio di fattibilità, impatto e sostenibilità delleventuale ampliamento	Trasmissione alla DCS dello studio di fattibilità, impatto e sostenibilità	ARCS	Trasmissione alla DCS dello studio di fattibilità, impatto e sostenibilità		
1.13.2.3.c	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening	≥60% popolazione convocata *(FVG 2025: 55,96%)*	ASFO	≥60% *(2025: 57,75%)*	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	≥60% *(2025: 56,43%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	(popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-70 anni)			ASUGI	≥60% *(2025: 53,71%)*		
1.13.2.3.d	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% *(FVG 2025: 98,93%)*	ASFO	≥95% *(2025: 97,42%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	≥95% *(2025: 99,60%)*		
				ASUGI	≥95% *(2025: 98,71%)*		
				CRO	≥95% *(2025: 99,05%)*		
1.13.2.3.e	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	>= 90% *(FVG 2025: 69,60%)*	ASFO	>= 90% *(2025: 60,11%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 90% *(2025: 64,12%)*		
				ASUGI	>= 90% *(2025: 86,72%)*		
1.13.2.3.f	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	>=85% *(FVG 2025 85,97%)*	ASFO	>=85% *(2025: 82,74%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>=85% *(2025: 83,25%)*		
				ASUGI	>=90% *(2025: 90,90%)*		
				CRO	>=90% *(2025: 91,94%)*		

2. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera le linee di indirizzo regionali 2027 sono volte da un lato a recuperare tempestività nella risposta ai bisogni dei cittadini, dall'altra a recuperare efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei servizi. Il cammino intrapreso nella valutazione degli indicatori di performance del sistema sanitario all'interno del Network delle Regioni coordinato dall'Istituto S. Anna di Pisa, ha innescato nel corso dell'anno 2023, 2024 e 2025 dei percorsi di miglioramento che hanno portato, seppur in maniera non omogenea a livello regionale, dei risultati di miglioramento rispetto agli anni precedenti. Diventa pertanto fondamentale proseguire nelle attività di monitoraggio e banchmark per stimolare ulteriormente le attività virtuose e procedere nei progetti avviati con l'Istituto Sant'Anna di Pisa.

Vengono di seguito elencati gli indicatori e i relativi target che per l'anno 2027 rappresentano obiettivo per ogni azienda regionale, nell'ottica di avvicinare le performance regionali ai valori medio alti del Network delle Regioni, di ridurre la variabilità presente nel territorio regionale, oltre che a perseguire i target previsti dalle indicazioni nazionali e regionali.

2.1 Appropriatezza e efficienza operativa

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.1.a (Lea NSGH05Z)	Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 87 *(FVG 2025 76,44%)*	ASFO	>= 80 *(2025: 60,44%)*		
				ASUFC	>= 90 *(2025: 89,87%)*		
				ASUGI	>= 85 *(2025: 73,13%)*		
2.1.b (BERSAGLIO C2A.M)	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici *(standardizzato su valore medio del network)*	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 *(FVG 2025. 0,28)*	ASFO	<0,00 *(2025: -0,4)*		
				ASUFC	<0,00 *(2025: 0,64)*		
				ASUGI	<0,00 *(2025: 0,05)*		
				BURLO	<0,00 *(2025: -0,69)*		
				CRO	<0,00 *(2025: 0,28)*		
2.1.c (BERSAGLIO C2A.C)	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici *(standardizzato su valore medio del network)*	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 *(FVG 2025: 0,14)*	ASFO	<0,00 *(2025: -0,16)*		
				ASUFC	<0,00 *(2025: 0,9)*		
				ASUGI	<0,00 *(2025: 0,96)*		
				BURLO	<0,00 *(2025: 0,75)*		
				CRO	<0,00 *(2025: -0,4)*		
2.1.d (BERSAGLIO H13C.)	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (PS o ricovero)	>= 65% *(FVG 2025: 60,06%)*	ASFO	>= 65% *(2025: 62,35%)*		
				ASUFC	>= 65% *(2025: 58,89%)*		
				ASUGI	>= 65% *(2025: 60,16%)*		

2.2 Trapianti e donazioni

Si prosegue nelle attività, anche in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018, Rep. Atti n. 16/CSR ("Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate"); nonché del precedente Accordo Stato-Regioni del 14 dicembre 2017, Rep. Atti n. 225/CSR ("Programma Nazionale Donazione di Organi

2018-2020").

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.2.a	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017 su organizzazione dei **Coordinamenti locali Ospedalieri per il Procurement (COP)**	N° incontri per ogni COP.	4 incontri	ASFO	4 incontri per COP per Azienda		
				ASUFC	4 incontri per COP per Azienda		
				ASUGI	4 incontri per COP per Azienda		
		Ogni COP redige una relazione annuale e la invia al **Centro Regionale Trapianti (CRT)**	Entro il 31.01.2028	ASFO	RELAZIONE annuale per l'anno 2027		
				ASUFC	RELAZIONE annuale per l'anno 2027		
				ASUGI	RELAZIONE annuale per l'anno 2027		
2.2.b	Monitoraggio registro Pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta DLCA	Relazione rapporto tra pazienti deceduti presenti nel registro e SDO trasmesse al Centro Regionale Trapianti (CRT)	Valutazione delta tra SDO e Registro DLCA	ASFO	1 relazione annuale (entro il 29.02.2028)		Monito-raggio
				ASUFC	1 relazione annuale (entro il 29.02.2028)		
				ASUGI	1 relazione annuale (entro il 29.02.2028)		
2.2.c	Numero di ACM	Percentuale di ACM (accertamenti di morte cerebrale) sul totale dei pazienti con cerebrolesione deceduti in Terapia Intensiva	>= 30%	ASFO	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2028)		
				ASUFC			
				ASUGI			
2.2.d	Donazione a Cuore Fermo DCD	Avvio/ mantenimento	Relazione di monitoraggio	ASFO	Avvio		
				ASUFC	Mantenimento		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				ASUGI	Avvio		
2.2.e	Incremento donazione cornee	% donazioni di cornee rispetto alle persone decedute in ospedale e hospice di età compresa tra 4 e 80 anni	>=5%	ASFO	>=5%		
				ASUFC	>=5%		
				ASUGI	>=5% Avvio donazione in hospice area Giuliana (Pineta del Carso): almeno 5 casi/anno		
				CRO	>=5%		
2.2.f	Donazione di placenta	percentuale di donazioni sul totale dei parti cesarei	>=5%	ASFO	>=5%		
				ASUFC	>5%		
				ASUGI	>=5%		
				BURLO	>=5%		
2.2.g	Donazione delle cellule staminali del sangue del cordone ombelicale	percentuale di donazioni sul totale dei parti	>=5%	ASFO	>=5%		Monito-raggio
				ASUFC	>=5%		
				ASUGI	>=5%		
				BURLO	>=5%		
2.2.h	Mantenimento del numero di trapianti di rene	Trapianti di rene da vivente	Numero segnalazioni coppie trapianto da vivente nel 2027 >= 2026	ASFO	Numero segnalazioni coppie trapianto da vivente nel 2027 >= 2026		
				ASUFC	Numero segnalazioni coppie trapianto da vivente nel 2027 >= 2026		
				ASUGI	Numero segnalazioni coppie trapianto da vivente nel 2027 >= 2026		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.2.i	Monitoraggio utilizzo dispositivi medici di perfusione e registrazione dati di perfusione	Compilazione dei data base Donor Manager e Sistema Informativo Trapianti	Percentuale di di inserimento dei dati nei data base >90%	ASUFC CT Cuore	>90%		
				ASUFC CT Fegato	>90%		
				ASUFC CT Rene	>90%		
				CRT FVG	>90%		
2.2.j	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute",	Percentuale di istituti scolastici del territorio che aderiscono alla rete di SPS entro il 2027	>5% degli istituti scolastici del territorio aziendale	ASFO	>5 %		
				ASUFC/ CRT	>5 %		
				ASUGI	>5 %		
2.2.k	Dichiarazioni di volontà nei Comuni	numero di incontri	5 incontri/anno	ASUFC /CRT FVG	5 incontri/anno		
2.2.l	Incontri programmazione regionale CRT COP	numero di incontri	4 incontri/anno	ASUFC /CRT FVG	4 incontri/anno		
2.2.m	PDTA del paziente grave neuroleso potenziale donatore	Stesura del documento entro il 31.12.2027	Stesura del documento entro il 31.12.2027	CRT FVG	Trasmissione della proposta di documento entro il 31.12.2027		

2.2.1 Trapianto di cuore, *Ventricular Assist Device* (VAD) e *Donation after Circulatory Death* (DCD)

Al fine di mantenere gli standard previsti a livello nazionale per l'attività di trapianto, nel corso del 2027 si conferma la SOC cardiochirurgia e trapianto di cuore di ASUFC come centro trapiantologico regionale abilitato a impianto di VAD e trapianto di cuore.
La SC Cardiochirurgia di ASUGI è abilitata, invece, al solo posizionamento di VAD *destination*, previa condivisione del caso con il centro trapianti di cuore di ASUFC.

Al fine di consolidare e migliorare il percorso legato all'attività di donazione di organo, nel corso del 2027 la procedura di *Donation after Circulatory Death* (DCD) verrà estesa anche ai presidi hub di ASUGI e di ASFO. A tal fine ASUFC entro febbraio 2027 invierà a DCS il progetto specifico per attivare entro il 31 dicembre 2027 la procedura su tutto l'ambito regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.2.1.a	Estensione su tutto l'ambito regionale della procedura di *Donation after Circulatory Death* (DCD)	Elaborazione e trasmissione alla DCS di documento di progetto specifico per l'attivazione nel 2027 della procedura su tutto l'ambito regionale	Trasmissione del documento di progetto alla DCS entro il 28.02.2027	ASUFC	Vedi Target		
2.2.1.b		Attuazione nell'ambito aziendale di quanto previsto dal progetto elaborato per l'attivazione della procedura DCD su tutto l'ambito regionale	Attuazione nell'ambito aziendale di quanto previsto dal progetto elaborato per l'attivazione della procedura DCD entro il 31.12.2027	ASFO ASUFC ASUGI	Attuazione nell'ambito aziendale di quanto previsto dal progetto elaborato per l'attivazione della procedura DCD entro il 31.12.2027	monitoraggio	

2.3 Piano sangue

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.3.a	Autoemoteche: efficienza programmazione annuale	n. di uscite effettuate /n. di uscite programmate	>95%	ASUFC	>95 con monitoraggio trimestrale dell'indicatore e in caso di criticità, in collaborazione con il DMT, promuove e concorda misure correttive sulla cui azione vigila		Indirizzo e coordina-mento
2.3.b	Efficienza della raccolta sangue ed emocomponenti nelle sedi fisse dei DMT	n. di aperture/n. aperture disponibili	>90%	ASFO ASUFC ASUGI	>90 con monitoraggio trimestrale dell'indicatore e in caso di criticità, in collaborazione con il DMT, promuove e concorda misure correttive sulla cui azione vigila		Indirizzo e coordina-mento
2.3.c	Implementazione dei test immunologici per la rilevazione della Malaria nei donatori	attivazione del test per la rilevazione della Malaria nei donatori da gestionale del trasfusionale	Entro il 31.12.2027	ASUFC	Attivato il test da gestionale del trasfusionale entro il 31.12.2027		Indirizzo e coordina-mento

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.3.d	Garantire l'autosufficienza della fornitura delle unità di globuli rossi per la regione e per le convenzioni interregionali attivate	Percentuale di verifica per ogni sacca raccolta o trasfusa del rispetto delle cessioni programmate	100%	ASFO	100%		Indirizzo e coordina-mento
				ASUFC			
				ASUGI			
2.3.e	Completare il progetto del Centro regionale per la qualificazione biologica delle unità	Trasferimento dei test di immunoematologia dei donatori dai Dipartimenti al CURPE	2027	ASFO	Preparazione del progetto di trasferimento entro giugno 2027 e completamento dell'attività entro dicembre 2027		Indirizzo e coordina-mento
				ASUFC			
				ASUGI			
2.3.f	Inserimento nei Dipartimenti di metodiche di immunoematologia molecolare di I° livello finalizzata alla terapia trasfusionale in sicurezza	Avvio dell'attività	2027	ASFO	Inserimento dell'attività nei Laboratori di Immunoematologia finalizzata alla sicurezza trasfusionale		
				ASUFC			
				ASUGI			
2.3.g	Definire le modalità di esecuzione dello screening regionale di 1° livello per le emoglobinopatie	Inserimento dello screening nella rete regionale delle emoglobinopatie	2027	ASFO	Completamento della rete regionale delle emoglobinopatie con l'inserimento dello screening neonatale di primo livello		Indirizzo e coordina-mento
				ASUFC			
				ASUGI			

3. RETI DI CURA

3.1 Rete oncologica regionale

Nel biennio 2025–2026 gli Enti del Servizio sanitario regionale hanno dato attuazione al Piano della Rete Oncologica Regionale FVG 2025–2027, approvato con DGR n. 117 del 31 gennaio 2025, con particolare riferimento al percorso di riorganizzazione delle attività chirurgiche.

Nel corso del 2027 l'obiettivo generale del SSR sarà dare piena attuazione ai piani di riorganizzazione dell'attività di chirurgia oncologica elaborati nell'anno 2025 e approvati da ARCS con Decreto DG ARCS n. 87/2025 ad esito delle negoziazioni svolte tra i singoli Enti e il Coordinamento della Rete Oncologica Regionale (ROR). Ogni Ente sarà chiamato a mettere in atto le azioni previste dai rispettivi piani, secondo i tempi stabiliti.

Parallelamente, ARCS sarà impegnata a coordinare la fase di attuazione del percorso di transizione di ASUGI al sistema informativo oncologico unico regionale.

Saranno implementate nell'ambito dell'infrastruttura informatica a supporto della Rete Oncologica Regionale, delle soluzioni strumentali per garantire l'interazione tra i diversi professionisti clinici (oncologi, radioterapisti, chirurghi, anatomo-patologi, radiologi, ecc.) coinvolti nelle varie fasi dei processi clinici oncologici, ematologici e radioterapici e tra i professionisti che operano nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria sul territorio nella fase di

follow up (Modulo GAMO Log80).

Saranno avviate le attività propedeutiche per lo sviluppo nella piattaforma complessiva del SISSR, incluso il Sistema Informativo Oncologico Regionale, di ulteriori funzionalità di integrazione tra territorio e ospedale, finalizzate a favorire l'intercettazione e l'accesso ai percorsi oncologici diagnostici e terapeutici, a partire dalla medicina generale.

Sempre nel 2027 saranno inoltre sviluppati i PDTA regionali dedicati all'epatocarcinoma, ai tumori del polmone, del retto e della vescica. Sarà dato avvio, inoltre, ai lavori per i PDTA per la filiera testa-collo.

Infine, il consolidamento del modello di coordinamento delle Unità Farmaci Antiblastici (UFA) costituisce uno dei presupposti organizzativi per l'attuazione dei percorsi della Rete oncologica regionale. Il modello è finalizzato a rendere omogenei i processi di allestimento dei farmaci antiblastici e ad assicurare la continuità dei trattamenti attraverso la collaborazione tra gli enti e adeguate forme di ridondanza tecnologica e organizzativa.

A decorrere dall'entrata in vigore del presente atto, le UFA dell'IRCCS CRO di Aviano presso la Farmacia ospedaliera, dell'ASU FC presso la Farmacia ospedaliera del P.O. Santa Maria della Misericordia di Udine e dell'ASU GI presso le Farmacie ospedaliere del P.O. di Cattinara e Maggiore sono riorganizzate su base regionale operando come rete funzionale. A tale scopo adottano procedure condivise di allestimento e definiscono modalità di supporto reciproco per garantire la continuità del servizio in caso di criticità tecnologiche od organizzative.

Gli enti interessati stipulano apposite convenzioni, nel rispetto della normativa di settore, per disciplinare le rispettive responsabilità, le procedure operative, le modalità di esercizio della funzione e le condizioni di attivazione del supporto reciproco, perseguendo qualità, sicurezza ed efficienza delle prestazioni.

3.1.1 Riorganizzazione delle attività chirurgiche oncologiche

Nel corso del 2027 si procede all'attuazione dei piani di riorganizzazione dell'attività oncologica, in coerenza con i piani aziendali, e relativi cronoprogrammi, approvati con decreto del Direttore Generale di ARCS n. 87/2025, anche per mezzo di accordi interaziendali laddove necessario.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.1.1.a	Concentrazione dell'attività di chirurgia oncologica coerente con i piani aziendali, e relativi cronoprogrammi, approvati con Decreto DG di ARCS n. 87/2025	% attuazione ai piani di riorganizzazione dell'attività oncologica	Entro il 31.12.2027	ASFO	100%	Coordinamento e verifca attuazione	
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
				BURLO	100%		
				CRO	100%		

3.1.2 Percorsi di cura

Di seguito sono riportati gli obiettivi relativi alla progettazione e all'implementazione dei PDTA aziendali e dei PDTA regionali, come previsti dal vigente Piano della Rete Oncologica Regionale del Friuli Venezia Giulia 2025–2027, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 117 del 31 gennaio 2025.

Nel corso del 2027 le aziende implementeranno a livello aziendale i PDTA elaborati da ARCS nel corso del 2026 e successivamente adottati con delibera di Giunta Regionale.

Nel corso del 2027 ARCS provvederà al completamento della progettazione di ulteriori PDTA regionali avviati nel corso del 2026 e all'avvio della progettazione di ulteriori PDTA per pazienti affetti da tumori della regione testa-collo.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.1.2.a	Completamento progettazione dei PDTA regionali rete oncologica	Proposta alla DCS del PDTA del paziente affetto da EPATOCARCINOMA	Entro il 31.12.2027	ARCS	Entro il 31.12.2027		
3.1.2.b	Completamento progettazione dei PDTA regionali rete oncologica	Proposta alla DCS del PDTA del paziente affetto da tumore del POLMONE	Entro il 31.12.2027	ARCS	Entro il 31.12.2027		
3.1.2.c	Completamento progettazione dei PDTA regionali rete oncologica	Proposta alla DCS del PDTA del paziente affetto da tumore del RETTO	Entro il 31.12.2027	ARCS	Entro il 31.12.2027		
3.1.2.d	Completamento progettazione dei PDTA regionali rete oncologica	Proposta alla DCS del PDTA del paziente affetto da tumore della VESCICA	Entro il 31.12.2027	ARCS	Entro il 31.12.2027		
3.1.2.e	Avvio progettazione dei PDTA regionali per la filiera TESTA-COLLO	Formalizzazione Gruppo di Lavoro per il PDTA aziendali per la filiera TESTA-COLLO e avvio incontri preliminari	Entro il 31.12.2027	ARCS	Entro il 31.12.2027		

Ulteriori progettualità che verranno avviate nel corso del 2027 nell'ambito delle attività della Rete oncologica regionale riguardano:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.1.2.f	Revisione attività e funzioni MTB regionale	Presentazione a DCS di documento di revisione attività e funzioni del MTB regionale	Entro 30.06.2027	ARCS	Entro 30.06.2027	Vedi target	
3.1.2.g	Individuazione ambiti di intervento per contenimento spesa farmaci oncologici	Redazione documento di consenso per individuazione ambiti di intervento per il contenimento/razionalizzazione della spesa per i farmaci oncologici (Tavolo congiunto politiche del farmaco e ROR)	30.09.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Partecipazione attiva al tavolo di lavoro ROR, Servizio assistenza farmaceutica e dispositivi medici della DCS e Dipartimento del farmaco	Co-ordinamento	Partecipazione al tavolo di consenso e co-coordinamento

3.1.3 Rete Senologica

Le donne sottoposte a intervento chirurgico per tumore della mammella e giudicate clinicamente guarite al termine del percorso di follow-up oncologico dovrebbero poter rientrare nei programmi di screening mammografico regionali, alla pari delle altre donne della fascia di età target. Ad oggi tale rientro non è sempre garantito, in assenza di criteri regionali uniformi che definiscano la durata del follow-up post-chirurgico per classe di rischio e le modalità di passaggio in cura tra la Rete Senologica e il programma di screening. Da questa incertezza derivano, alternativamente, prolungamenti impropri del follow-up clinico oltre la reale necessità -- con aggravio sui centri di senologia e sui tempi di attesa delle relative prestazioni.

3.1.3.1 Definizione dei termini del follow-up per il tumore della mammella e rientro in screening

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.1.3.1.a	Definizione, condivisa tra la Rete Senologica regionale e il programma di screening mammografico, di un documento che stabilisca i criteri clinici di dimissione dal follow-up oncologico, la durata massima del follow-up per classe di rischio e le modalità operative e i soggetti responsabili del rientro delle donne operate e giudicate clinicamente guarite nei programmi di screening	Trasmissione di proposta di documento regionale condiviso	Trasmissione di proposta di documento regionale condiviso entro il 31.12.2027	ASFO	partecipazione alla definizione del documento	Coordinamento metodologico e organizzativo e trasmissione alla DCS di proposta di documento condiviso entro il 30.11.2027	
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
3.1.3.1.b	Realizzazione di audit aziendali sulle pazienti sottoposte a dissezione ascellare al fine di verificare la corretta codifica e la corretta indicazione	N° di audit per azienda entro il 31.12.2027	1	ASFO	1	Coordinamento metodologico e organizzativo	
				ASUFC	1		
				ASUGI	1		
				CRO	1		

3.2 Rete cure palliative e terapia del dolore

Nel corso del 2027 gli enti sanitari regionali sono chiamati a completare, laddove non realizzato nel 2026, quanto previsto dalla DGR 1651 del 21.11.2025 di adozione del "L 197/2022, art 1, comma 83. piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2025-2027".

In particolare, per l'anno 2027 le aziende saranno impegnate nel conseguimento dei seguenti obiettivi.

3.2.1 Rete cure palliative

La DGR 1044/2026 prevede l'aggiornamento del Piano di potenziamento delle cure palliative con riferimento al triennio 2027-2029 nel rispetto del DM salute 22 febbraio 2007 n. 43, del DM salute 19 marzo 2019 (nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del DM salute 23 maggio 2022 n.77.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.2.1.a	Aggiornare il Piano di potenziamento delle cure palliative con riferimento all'anno 2028, nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43, del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del d.m. Salute 23 maggio 2022, n. 77	Trasmissione alla DCS nel mese di novembre 2027 della proposta di Piano di potenziamento delle cure palliative per l'anno 2028 da adottare	Trasmissione alla DCS nel mese di novembre 2027 della proposta di Piano di potenziamento delle cure palliative per l'anno 2028	ARCS	Trasmissione alla DCS nel mese di novembre 2027	Vedi target	
3.2.1.b	Attuazione del Piano regionale di potenziamento delle cure palliative dell'anno 2027	Conseguimento dei target previsti per l'anno 2027	100% dei target 2027 raggiunti	ASFO	100% dei target 2027 raggiunti	monitoraggio	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
3.2.1.c (BERSAGLIO D32Z)	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	% di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% (FVG *2025: 22,10)*	ASFO	< 25,0% *(2025: 28,30%)*		
				ASUFC	< 25,0% *(2025: 18,10%)*		
				ASUGI	< 25,0% *(2025: 21,30%)*		
3.2.1.d (LEA NSG D30Z)	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 65% (FVG *2025: 59,60%)*	ASFO	> 65% *(2025: 58,30%)*		
				ASUFC	> 65% *(2025: 55,20%)*		
				ASUGI	> 65% *(2025: 66,40%)*		
3.2.1.e	Incrementare la quota di pazienti non oncologici accolti in hospice	% di pazienti non oncologici accolti in hospice	> 20% *(FVG 2025: 13,9%)*	ASFO	> 20% *(2025: 10,9%)*		
				ASUFC	> 20% *(2025: 11,9%)*		
				ASUGI	> 20% *(2025: 17,6%)*		

La gestione delle situazioni di instabilità clinica e delle urgenze nei pazienti già in carico alla rete rappresenta il principale fattore di interruzione del percorso assistenziale: in assenza di una risposta specialistica tempestiva, l'evento acuto si traduce di norma in un accesso in Pronto soccorso o in un ricovero, con esiti non coerenti con il

progetto di cura e con la volontà del paziente e della famiglia. Occorre garantire, nelle fasce orarie di maggiore domanda, il presidio diretto da parte dell'équipe specialistica di cure palliative.
Nel corso del 2027 ciascuna Azienda definisce e avvia in via sperimentale, all'interno della copertura 8.00-20.00 sette giorni su sette, una funzione dedicata alla gestione delle urgenze dei pazienti in carico alla rete, assicurata da un'équipe composta da un medico in possesso dei requisiti di cui all'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) o specialista in Medicina e cure palliative e da un infermiere della rete. La funzione interviene al domicilio e, ove previsto dal modello aziendale, a supporto delle unità operative ospedaliere, allo scopo di favorire la permanenza al domicilio e l'accompagnamento al decesso nel luogo scelto dal paziente. Il modello è attivato in almeno una sede aziendale, individuando quale hub un hospice della rete.
Il documento aziendale di definizione del modello indica la composizione dell'équipe, l'hospice individuato quale hub, l'ambito di intervento domiciliare e, ove previsto, ospedaliero, i criteri e le modalità di attivazione, il raccordo con il medico di assistenza primaria, con l'unità di cure palliative domiciliare, con la Centrale operativa territoriale, con il protocollo aziendale di continuità assistenziale h24 e con l'emergenza territoriale, nonché le modalità di registrazione degli interventi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.2.1.f	Attivazione sperimentale, coordinata e monitorata dal Coordinatore della rete di cure palliative della Regione Friuli Venezia Giulia, di una funzione specialistica, con copertura oraria 8.00-20.00 sette giorni su sette, dedicata alla gestione delle urgenze e dell'instabilità clinica dei pazienti in carico alla rete di cure palliative, con hub presso un hospice aziendale	Adozione del documento aziendale di definizione del modello organizzativo	Documento adottato entro il 31.03.2027	ASFO	31.03.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
		Trasmissione a DCS e ARCS della relazione di valutazione della sperimentazione.	Relazione trasmessa entro il 31.12.2027	ASFO	31.12.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			

3.3 Reti tempo dipendenti

Di seguito vengono definiti gli obiettivi e le azioni da realizzare nel corso del 2027, finalizzate all'implementazione e al consolidamento delle attività delle Reti tempo dipendenti e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), con l'obiettivo di promuovere l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, garantire l'appropriatezza e l'uniformità dei percorsi di cura, migliorare la qualità degli esiti clinici e assicurare una presa in carico multidisciplinare, omogenea ed equa dei pazienti sull'intero territorio di riferimento.

3.3.1 Rete cardiologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.1.a (LEA NSG	Monitorare gli esiti delle cure post-infarto e l'appropriatezza dei	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o	<=14,55% *(FVG 2025: 16,41%)*	ASFO	<=14,55% *(2025: 20,5%)*	Monitoraggio	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	percorsi di follow-up clinico sul territorio	decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)		ASUFC	<=14,55% *(2025: 14,7%)*		
				ASUGI	<14,55% *(2025: 15,94%)*		
3.3.1.b	Incrementare il numero di pazienti con STEMI che effettuano angioplastica entro 90'	% di pazienti con STEMI che effettuano angioplastica entro 90' *((d.m. 70/2015, all. 1, punto 4.6; criterio PNE - fonte SDO)*	>= 60% *Target DM 70 (FVG 2025: 56,9%)*	ASFO	>=60% *(2025: 59,4%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>=60% *(2025: 52,7%)*		
				ASUGI	>=60% *(2025: 60,5%)*		
3.3.1.c	Migliorare / mantenere la % di pazienti con diagnosi di NSTEMI ricoverati in Cardiologia Spoke, successivamente trasferiti in Cardiologia Hub (NSTEMI Cardiologia Spoke trasferiti all'Hub/totale NSTEMI ricoverati Cardiologia Spoke)	% pazienti NSTEMI trasferiti da Centro Spoke tra coloro che accedono a Centro Spoke	>= 76% *(FVG 2025: 69,14%)*	ASFO	>= 85% *(2025: 88,24%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	>= 75% *(2025: 56,44%)*		
				ASUGI	>= 76% *(2025: 76,34%)*		
3.3.1.d	Migliorare la gestione del paziente con scompenso	% di pazienti dimessi con scompenso che, nei 3 mesi successivi alla dimissione del ricovero indice, hanno una prescrizione di ACE inibitore o sartani con una PDC (proporzione di giorni coperti dal farmaco) nei successivi 12 mesi	≥ 70% *(FVG 2025: 60,6%)*	ASFO	≥ 70% *(2025: 61,4%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	≥ 70% *(2025: 55,9%)*		
				ASUGI	≥ 70% *(2025: 64,5%)*		
3.3.1.e	Migliorare la gestione del paziente con scompenso	% di pazienti dimessi con scompenso che nei 3 mesi successivi alla dimissione del ricovero	≥ 70% *(FVG 2025: 64,4%)*	ASFO	≥ 70% *(2025: 69,5%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		indice hanno una prescrizione di beta-bloccanti con una PDC (proporzione di giorni coperti dal farmaco) nei successivi 12 mesi		ASUFC	≥ 70% *(2025: 65,2%)*		
				ASUGI	≥ 70% *(2025: 59,2%)*		
3.3.1.f	Migliorare la gestione del paziente con scompenso	% pazienti della coorte prevalente di pazienti scompensati (identificati con i criteri NSG PDTA) con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi al ricovero indice >=1	≥ 50% *(FVG 2025: 43,6%)*	ASFO	≥ 50% *(2025: 35,2%)*		
				ASUFC	≥ 50% *(2025: 38,2%)*		
				ASUGI	≥ 50% *(2025: 57,0%)*		
3.3.1.g	Incrementare il numero pazienti che hanno effettuato almeno una visita cardiologica entro un mese dopo la dimissione con diagnosi principale di Scompenso Cardiaco	% di pazienti che hanno effettuato almeno una visita cardiologica entro un mese dopo la dimissione con diagnosi principale di Scompenso Cardiaco	>= 19% *(FVG 2025: 18,35%)*	ASFO	≥ 18% *(2025: 15,56%)*		
				ASUFC	≥20% *(2025: 19,29%)*		
				ASUGI	≥20% *(2025: 18,74%)*		
3.3.1.h	Incrementare il numero pazienti dimessi dopo ricovero per scompenso cardiaco che hanno una misurazione BNP (peptide natriuretico atriale) nel corso del ricovero (dal giorno prima della data di ingresso fino ai 21 gg. successivi alla data di dimissione)	% di pazienti dimessi con scompenso che nel corso del ricovero (dal giorno prima della data di ingresso fino ai 21 gg. successivi alla data di dimissione) hanno eseguito una misurazione di BNP	>=80% (FVG 2025: 74,43)	ASFO	>=84% (2025: 84,31%)		
				ASUFC	>=80% (2025: 63,75%)		
				ASUGI	>=81% (2025: 81,64%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.1.i	Miglioramento dell'analisi dei dati relativi alla gestione dello scompenso cardiaco	Predisposizione del cruscotto per il PDTA Scompenso Cardiaco	Entro 31.03.2027	ARCS	Entro 31.03.2027		
3.3.1.j	Migliorare l'aderenza dei PDTA della cronicità	Report quadrimestrale indicatori PDTA NSG	>= 3 report quadrimestrale diffusi nel corso dell'anno	ASFO	>= 3 report		
				ASUFC	>= 3 report		
				ASUGI	>= 3 report		
3.3.1.k		Almeno 2 incontri con i Coordinatori delle AFT e coinvolgendo, ove previsto, i Direttori di SOC cliniche. supportati dalla predisposizione e presentazione di report quadrimestrali predisposti	>= 2 incontri nell'anno	ASFO	>= 2		
				ASUFC	>= 2		
				ASUGI	>= 2		

* Il criterio di calcolo è diverso rispetto a quello delle linee per la gestione 2026

3.3.2 Rete ictus

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.2.a (LEA NSG D02C)	Migliorare l'efficacia dell'assistenza e la continuità di cura (territoriale e ospedaliera) dopo il primo evento acuto	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	<=14,05% *(FVG 2025:14,58%)*	ASFO	<=14,05% *(2025:18,6%)*		
				ASUFC	<=14,05% *(2025:13,31%)*		
				ASUGI	<14,05% *(2025:12,81%)*		
3.3.2.b (LEA NSG H23C)	Migliorare la mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	<=8% *(FVG 2025: 11,54%)*	ASFO	<=8% *(2025: 10,15%)*		
				ASUFC	<=8% *(2025: 11,25%)*		
				ASUGI	<=8% *(2025: 12,98%)*		
3.3.2.c (PNE)	Riduzione delle riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus ischemico	proporzione di primi ricoveri ospedalieri per ictus ischemico seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario	< 7% (FVG 2025: 8,04%)	ASFO	< 7% *(2025: 7,14%)*		
				ASUFC	< 7% *(2025: 7,96%)*		
				ASUGI	< 7% *(2025: 8,36%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.2d	Miglioramento dell'esecuzione della trombolisi endovenosa nei pazienti ricoverati per ictus	% di pazienti ricoverati per ictus che effettuano una trombolisi endovenosa	>=25% *(FVG 2025 24,2)*	ASFO	>=25% *(2025: 19,73%)*		
				ASUFC	>=25% *2025: 23,5%)*		
				ASUGI	>=28% *(2025: 28,6%)*		
3.3.2e	Miglioramento dell'accesso alla Stroke Unit dei pazienti ricoverati per ictus ischemico ed emorragico	% di pazienti ricoverati per ictus che vengono accolti in Stroke Unit	>= 60% *(FVG 2025: 38,79%)*	ASFO	>= 60% *(2025: 40,37%)*		
				ASUFC	>= 60% *(2025: 40,19%)*		
				ASUGI	>= 60% *(2025: 36,52%)*		
3.3.2.f	Miglioramento dell'accesso a ricoveri riabilitativi in seguito a ictus ischemico	% di pazienti ricoverati per ictus ischemico ed emorragico che accedono a un ricovero in un reparto riabilitativo	>= 10% (FVG 2025: 8,03%)	ASFO	>= 10% *(2025: 1,67%)*		
				ASUFC	>= 10% *(2025: 8,7%)*		
				ASUGI	>= 11% *(2025: 11,20%)*		

3.4 Rete ematologica

Le patologie ematologiche, oncologiche e non oncologiche, sono fra loro molto eterogenee. Alcune sono caratterizzate da bassa numerosità e elevata complessità clinica e organizzativa, e richiedono percorsi ad altissima specializzazione — il trapianto di cellule staminali emopoietiche e le terapie cellulari avanzate — erogabili soltanto in centri dotati di requisiti specifici e di autorizzazioni dedicate. Altre sono più frequenti e possono essere gestite in prossimità, nelle fasi diagnostiche, terapeutiche e di follow-up.

In assenza di un assetto di rete formalizzato permangono alcune criticità: la disomogeneità dei percorsi diagnostico-terapeutici tra le Aziende, la variabilità nei tempi e nelle modalità di invio ai centri di riferimento, l'accesso non uniforme ai farmaci innovativi e alle terapie avanzate, la mancanza di una rilevazione sistematica delle casistiche e degli esiti, il raccordo ancora informale con la rete trasfusionale, con la rete delle malattie rare e con la rete delle cure palliative. Nel corso del 2027 è pertanto attivata la Rete ematologica regionale, con definizione del coordinamento, dell'assetto dei nodi e dei relativi livelli di attività.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.4.a	Attivazione della Rete ematologica regionale	Costituzione del Coordinamento della Rete ematologica regionale e ricognizione dell'offerta: strutture, volumi di attività, procedure ad alta specializzazione erogate e relative autorizzazioni, percorsi in essere	Coordinamento costituito e ricognizione trasmessa alla DCS entro il 30.06.2027	ARCS	Vedi Target Entro 30.06.2027	Vedi Target	
3.4.b		Elaborazione del piano della Rete ematologica regionale, con individuazione dei nodi e dei rispettivi livelli di attività, dei criteri	Invio alla DCS del piano di rete entro il 31.12.2027	ARCS	Vedi Target Entro 31.12.2027	Vedi Target	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		di invio e presa in carico, dei percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e delle modalità di raccordo con la rete oncologica, la rete trasfusionale, la rete delle malattie rare e la rete delle cure palliative					

3.5 Altre reti

3.5.1 Rete diabetologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.1.a	Miglioramento del percorso di transizione nel paziente pediatrico con DM	Formalizzazione di protocollo aziendale per la transizione del paziente pediatrico con DM	Entro 31.12.2027	ASFO	Entro 31.12.2027		
				ASUFC	Entro 31.12.2027		
				ASUGI	Entro 31.12.2027		
				BURLO	Entro 31.12.2027		
3.5.1.b	Migliorare la % pazienti diabetici prevalenti con esordio della malattia a ≥35 anni che ricevono un monitoraggio clinico conforme alle linee guida	% di pazienti diabetici prevalenti con esordio della malattia in età >=35 anni aderenza ad almeno 4 delle 5 raccomandazioni *(2 HbA1c nell'anno, 1 profilo lipidico all'anno, 1 microalbuminura all'anno, 1 filtrato glomerulare o creatinina o creatinia clearance all'anno, 1 controllo dell'occhio ogni due anni)*	≥ 70% *(FVG 2025: 39,9%)*	ASFO	≥ 70% *(2025: 40,3%)*		
				ASUFC	≥ 70% *(2025: 40,2%)*		
				ASUGI	≥ 70% *(2025: 39,2%)*		
3.5.1.c	Migliorare l'aderenza dei PDTA	Report quadrimestrale indicatori PDTA NSG	>= 3 report quadrime-strale diffusi nel corso dell'anno	ASFO	>= 3 report		
				ASUFC	>= 3 report		
				ASUGI	>= 3 report		
3.5.1.d		Almeno 2 incontri con i Coordinatori delle AFT e coinvolgendo, ove previsto, i Direttori di SOC cliniche. supportati dalla predisposizione e presentazione di report predisposti	>= 2 incontri nell'anno	ASFO	>= 2		
				ASUFC	>= 2		
				ASUGI	>= 2		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.1.e	Miglioramento dell'analisi degli indicatori dei PDTA regionali sulla patologia diabetica	Predisposizione del cruscotto diabetologico	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027		

3.5.2 Rete pneumologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.2.a	Miglioramento dell'appropriatezza terapeutica e sulla continuità assistenziale nei pazienti con BPCO	% di pazienti prevalenti con BPCO (selezionati con i criteri NSG PDTA) con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata d'azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice >=75%	≥ 50% *(FVG 2025: 25,4%)*	ASFO	≥ 50% *(2025: 22,8%)*		
				ASUFC	≥ 50% *(2025: 28,3%)*		
				ASUGI	≥ 50% *(2025: 24,8%)*		
3.5.2.b	Miglioramento della continuità assistenziale specialistica e l'appropriatezza del follow-up dei pazienti con BPCO dopo un ricovero ospedaliero	% di pazienti prevalenti con BPCO (selezionati con i criteri NSG PDTA) con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice >=1	≥ 70% *(FVG 2025: 59,0%)*	ASFO	≥ 70% *(2025: 48,2%)*		
				ASUFC	≥ 70% *(2025: 44,8%)*		
				ASUGI	≥ 70% *(2025 73,1%)*		
3.5.2.c	Migliorare la gestione del paziente pediatrico con ASMA	Nel corso dell'anno vengono effettuati almeno 2 incontri del Team pediatrico regionale multidisciplinare per il bambino con patologia pneumologica complessa	>= 2 incontri	ASFO	partecipazione		
				ASUFC	partecipazione		
				ASUGI	partecipazione		
				BURLO	Convoca gli incontri e trasmette il verbale ARCS		
3.5.2.d	Migliorare l'aderenza dei PDTA	Report quadrimestrale indicatori PDTA NSG	>= 3 report quadrimestrali diffusi nel corso dell'anno	ASFO	>= 3 report		
				ASUFC	>= 3 report		
				ASUGI	>= 3 report		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.2.e		Almeno 2 incontri con i Coordinatori delle AFT e coinvolgendo, ove previsto, i Direttori di SOC cliniche. supportati dalla predisposizione e presentazione di report predisposti	>= 2 incontri nell'anno	ASFO	>= 2		
				ASUFC	>= 2		
				ASUGI	>= 2		

3.5.3 Rete infettivologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.3.a	Migliorare il percorso del paziente con infezione della cute e dei tessuti molli	Aggiornamento della Linea di Indirizzo Regionale	entro il 31/12/2027	ARCS	entro il 31/12/2027	Coordina-mento	
3.5.3.b	Migliorare il percorso del paziente con meningite acuta batterica e virale	Aggiornamento della Linea di Indirizzo Regionale	entro il 31/12/2027	ARCS	entro il 31/12/2027		
3.5.3.c	Elaborare il piano di rete 2027 - 2029	Adozione piano di rete infettivologica 2027 - 2029	entro il 31/12/2027	ARCS	entro il 31/12/2027		

3.5.4 Rete reumatologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.4.a	Migliorare il percorso del paziente con fibromialgia	Aggiornamento del PDTA Linea di Indirizzo Regionale	Invio a DCS dell'aggiornamento del PDTA entro il 31/12/2027	ARCS	entro il 31/12/2027	coordi namen to	

3.5.5 Rete epatologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.5.a	Elaborazione del PDTA del paziente con cirrosi epatica	Trasmissione alla dcs del PDTA del paziente con cirrosi epatica	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027		

3.5.6 Rete gastroenterologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.6.a	Migliorare la gestione del paziente pediatrico con MICI	Migliorare la gestione del paziente pediatrico con MICI	>= 2 incontri	ASFO	partecipazione		
				ASUFC	partecipazione		
				ASUGI	partecipazione		
				BURLO	Convoca gli incontri e trasmette il verbale ARCS		

3.5.7 Rete HPH

Nel corso del 2026 la Rete Regionale Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) ha consolidato il proprio ruolo quale infrastruttura regionale per la promozione della salute nel setting sanitario, rafforzando l'integrazione tra benessere del personale, qualità organizzativa e centralità della persona assistita. In attuazione delle Linee di Gestione regionali è stato sviluppato un modello condiviso di governance del benessere organizzativo, attraverso la collaborazione strutturata tra Rete HPH, Servizi di Prevenzione e Protezione, Medici Competenti, Comitati Unici di Garanzia e Direzioni aziendali, accompagnato da un percorso formativo regionale e dalla predisposizione di procedure aziendali omogenee per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Contestualmente, sono stati introdotti nuovi strumenti di ascolto e miglioramento continuo, tra cui il questionario regionale anonimo rivolto al personale dimissionario, finalizzato a raccogliere evidenze organizzative utili a orientare le politiche di retention, di benessere e di sviluppo organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. Tali iniziative si inseriscono nel programma "Aver cura di chi ci cura" e rafforzano l'approccio evidence-based della rete HPH nella promozione della salute del personale.

Parallelamente, la Rete HPH ha proseguito il percorso di integrazione della Health Literacy nei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), promuovendo modelli organizzativi orientati all'empowerment delle persone, alla comunicazione efficace e alla partecipazione consapevole di cittadini, caregiver e professionisti. In coerenza con l'approccio life course e setting-based del PP1 e con gli indirizzi del Programma Predefinito PP11 "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità", la rete HPH rappresenta il riferimento regionale per l'integrazione strutturale della promozione della salute nei percorsi di cura, favorendo l'identificazione precoce dei fattori di rischio modificabili, il counselling breve, l'educazione terapeutica, la prescrizione di salute, l'orientamento alle reti territoriali e il rafforzamento del self-management delle persone con malattie croniche e dei loro caregiver.

Gli assi strategici nei quali si intende realizzare l'attività 2027 sono il benessere organizzativo del personale (procedure e governance), l'ascolto e miglioramento continuo (questionario dimissionari).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.7.a	Governance aziendale e ascolto sistematico personale in uscita	almeno due incontri del tavolo multiprofessionale avviato nel 2026 (SPP e HPH)	>= 2 incontri	ASFO	>= 2 incontri	Coordi-namento e monito-raggio	
				ASUFC	>= 2 incontri		
				ASUGI	>= 2 incontri		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				BURLO	>= 2 incontri		
				CRO	>= 2 incontri		
3.5.7.b		Report annuale integrato sul benessere organizzativo e sui dati del personale in uscita	1 report annuale	ASFO	1 report annuale	Coordi-namento e monito-raggio	
				ASUFC	1 report annuale		
				ASUGI	1 report annuale		
				BURLO	1 report annuale		
				CRO	1 report annuale		
3.5.7.c	Sperimentazione organizzativa nei microsetting	Attivazione della sperimentazione di benessere organizzativo prevista dalla procedura attivata nel 2025 in una struttura aziendale	almeno un microsetting attivato entro 30.6.2027	ASFO	almeno un microsetting attivato entro 30.6.2027	Coordi-namento e monito-raggio	
				ASUFC	almeno un microsetting attivato entro 30.6.2027		
				ASUGI	almeno un microsetting attivato entro 30.6.2027		
				BURLO	almeno un microsetting attivato entro 30.6.2027		
				CRO	almeno un microsetting attivato entro 30.6.2027		

Nel corso del 2027 ARCS promuoverà l'evoluzione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) verso un modello di Percorsi di Salute Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PSDTA), finalizzato a integrare in modo sistematico la promozione della salute, la prevenzione e l'empowerment della persona lungo tutto il percorso di cura. L'iniziativa, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031, il Piano Nazionale della Cronicità e gli standard della rete Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH), intende favorire una presa in carico centrata sulla persona, integrando prevenzione, cura, riabilitazione e continuità assistenziale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.7.d	Consolidare la cultura della Promozione della Salute nel Setting Sanitario e monitorare l'implementazione della strategia 2026-2030 e celebrare i risultati della strategia annuale	Conferenza annuale HPH	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027	Vedi target	
3.5.7.e	Introdurre nei PDTA prodotti dalle Reti Cliniche una sezione di Promozione della Salute	Presenza di una sezione riguardante la Promozione della Salute nei PDTA/PSDTA realizzati nel corso del 2027	Presenza nella sezione	ARCS	Entro 31.12.2027	Vedi target	

4. PERCORSO NASCITA

4.1 Rete neonatologica e punti nascita

In conformità agli standard previsti dalla CU 137/2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", sono attivi i punti nascita nelle strutture che nel 2026 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali (concesse, ovvero deroghe che siano già state formalmente richieste dalla Regione e non sia ancora disponibile il relativo riscontro ministeriale), e comunque sempre condizionatamente alla valutazione dell'Azienda sanitaria di sussistenza dei necessari requisiti di sicurezza sanitaria. Laddove le aziende lo ritengano opportuno e sostenibile, nell'ambito dell'autonomia gestionale dell'Azienda è facoltà del Direttore Generale sospendere anche ulteriori punti nascita che abbiano realizzato meno di 1000 parti nell'anno 2026.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.1.a	Sospensione punti nascita con volume parti sotto soglia	Presenza di punti nascita attivi solo nelle strutture che nel 2026 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali concesse o già richieste dalla Regione Friuli Venezia Giulia e per le quali non sia ancora disponibile il relativo riscontro del Ministero Salute	Entro il 31.12.27	ASFO	Sono attivi i punti nascita nelle strutture che nel 2026 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali concesse o già richieste dalla Regione Friuli Venezia Giulia e per le quali non sia ancora disponibile il relativo riscontro del Ministero Salute e comunque sempre condizionatamente alla valutazione dell'Azienda sanitaria di sussistenza dei necessari requisiti di sicurezza sanitaria	Monitor aggio	
				ASUFC			
				ASUGI			

4.2 Assistenza materno infantile

L'assistenza materno-infantile ricomprende attività che coinvolgono in modo integrato sia l'area ospedaliera sia quella territoriale, pertanto gli obiettivi individuati devono essere considerati di competenza condivisa e ripartiti, in relazione alle rispettive responsabilità organizzative e assistenziali, tra area ospedaliera e area territoriale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.2.a	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e	N° di eventi formativi	≥ 2 eventi formativi	ASFO	≥ 2		Monito-raggio
				ASUFC	≥ 2		
				ASUGI	≥ 2		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico			BURLO	≥ 2		
4.2.b	Monitoraggio indicatori parto BRO: le aziende garantiscono il monitoraggio degli indicatori	Compilazione della scheda informatizzata nei parti BRO*	> 50% calcolato nel II semestre	ASFO	> 50%		Monitoraggio
				ASUFC	> 50%		
				ASUGI	> 50%		
				BURLO	> 50%		
4.2.c (BERSAGLIO C7.3)	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 20% (FVG 2025: 20,42)	ASFO	< 20% *(2025: 22,22%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	< 20% *(2025: 20,86%)*		
4.2.d (BERSAGLIO C7.6)	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5% (FVG 2025: 8,38)	ASFO	< 7,5% *(2025: 10,98%)*	Monitoraggio	
				BURLO	< 7,5% *(2025: 9,04%)*		
4.2.e (BERSAGLIO C7.1)	Migliorare la % di tagli cesarei depurati	Percentuale di tagli cesarei depurati	< 15% (FVG 2025: 17,39)	ASFO	< 15% (2025: 20,08)		
				ASUFC	< 15% (2025: 17,8)		
				ASUGI	< 15% (2025: 13,36)		
				BURLO	< 15% (2025: 14,76)		
4.2.f (LEA NSG H17C)	Migliorare la % parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con meno di 1.000 parti	< 15% (FVG 2025: 14,46%)	ASUFC	< 15% *(2025: 14,13%)*		
				ASUGI	<15% *(2025: 13,24%)*		
4.2.g (LEA NSG H18C)	Contenimento dei parti cesarei primari in maternità con più di 1000 parti	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con più di 1.000 parti	< 20% (FVG 2025: 20,39%)	ASFO	< 20% *(2025: 20,77%)*	Monitoraggio	
				ASUFC	<20% *(2025: 21,23%)*		
				BURLO	<19% *(2025: 18,99%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.2.h	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna in gravidanza, della puerpera e del neonato	Percentuale di punti nascita con protocollo formalizzato di continuità assistenziale ospedale-territorio	100%	ASFO	100%		Monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
				BURLO	100%		
4.2.i	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna in gravidanza, della puerpera e del neonato	N° coppie mamma/bambino con primo appuntamento territoriale entro 72 ore dalla dimissione / N° dimissioni maternità ×100**	≥ 90%	ASFO	≥ 90%		Monito-raggio
				ASUFC	≥ 90%		
				ASUGI	≥ 90%		
				BURLO	≥ 90%		
4.2.j	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna in gravidanza, della puerpera e del neonato	N° puerpere che ricevono visita domiciliare da parte delle ostetriche entro 7 giorni dal parto / N° puerpere eleggibili ×100**	≥ 80%	ASFO	≥ 80%		Monito-raggio
				ASUFC	≥ 80%		
				ASUGI	≥ 80%		
4.2.k	Definire un PDTA regionale per uniformare gli interventi nel campo della salute mentale perinatale	Avvio dei lavori per la formalizzazione del PDTA	Entro 30.6.2027	ASFO	Entro 30.6.2027	Coordi-namento	
				ASUFC	Entro 30.6.2027		
				ASUGI	Entro 30.6.2027		
				BURLO	Entro 30.6.2027		
4.2.l	Le Aziende promuovono e facilitano l'integrazione ospedale-territorio per la presa in carico della donna in gravidanza, della puerpera e del neonato	N° di incontri di audit/confronto ospedale-territorio effettuati annualmente	≥ 3	ASFO	≥ 3		Monito-raggio
				ASUFC	≥ 3		
				ASUGI	≥ 3		
				BURLO	≥ 3		
4.2.m	Screening della salute mentale perinatale: le aziende promuovono la formazione del personale dedicato	N° di eventi formativi sulla salute mentale perinatale	≥ 1 evento formativo	ASFO	≥ 1 evento formativo		Monito-raggio
				ASUFC	≥ 1 evento formativo		
				ASUGI	≥ 1 evento formativo		
				BURLO	≥ 1 evento formativo		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.2.n	Trasporto in emergenza materno e neonatale: monitoraggio dell'attività di trasporto in emergenza materno e neonatale	Trasmissione report Audit effettuato nel 2027 alla DCS	Entro 31.01.2028	ASUFC	Entro il 31.01.28		Monito-raggio
				BURLO	Entro il 31.01.28		
4.2.o	Implementazione degli screening genetici neonatali per le SCID	Invio alla DCS della procedura operativa e del resoconto delle attività effettuate	Entro 31.12.2027	BURLO	Entro 31.12.2027		Monito-raggio
4.2.p	Screening prenatale non invasivo (NIPT)	Invio report attività effettuata	Entro 31.1.2028	ASUFC	Entro 31.1.2028		Monito-raggio
4.2.q	Le Aziende per il tramite dei Comitati percorso nascita aziendali concorrono alla revisione/aggiornamento dell'Agenda della gravidanza secondo le previsioni concordate in seno al Comitato percorso nascita regionale	Trasmissione alla DCS dei report aziendali di aggiornamento	Entro 30.9.2027	ASFO	Entro 30.9.2027		Monito-raggio e coordi-namento
				ASUFC	Entro 30.9.2027		
				ASUGI	Entro 30.9.2027		

5. PRONTO SOCCORSO E PERCORSI DI EMERGENZA URGENZA

5.1 Pronto soccorso

Di seguito sono stati riportati alcuni indicatori finalizzati al monitoraggio dell'attività dei Pronto Soccorso, distinguendo tra quelli degli ospedali HUB e quelli SPOKE. Tali indicatori costituiscono uno strumento a supporto della valutazione delle performance, dell'individuazione delle aree di criticità e dell'orientamento delle azioni di miglioramento, favorendo un approccio sistematico al governo del fenomeno e al monitoraggio degli effetti degli interventi intrapresi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.a (BERSAGLIO C16.2.N – HUB)	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	>= 70% *(FVG gen-mag 2026: 49,5%)*	ASFO	>= 70% *(gen-mag 2026: 41,6%)*	Monito-raggio	
				ASUFC	>= 70% *(gen-mag 2026: 55,4% totale 48,1% adulti 85,7% pediatrico)*		
				ASUGI	>= 70% *(gen-mag 2026: 37,1%)*		
				BURLO	>= 80% *(gen-mag 2026: 85,1%)*		
5.1.b (BERSAGLIO C16.2.N- SPOKE)	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 80% *(FVG gen-mag 2026: 60,9%)*	ASFO	>= 80% *(gen-mag 2026: 67,0% totale 55,8% adulti 89,2% pediat.)*	Monito-raggio	
				ASUFC	>= 80% *(gen-mag 2026: 63,7%*		
				ASUGI	>= 80% *(gen-mag 2026: 53,4%)*		
5.1.c (BERSAGLIO C16.1.NA – HUB)	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 minuti (HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (HUB)	>= 70% *(FVG gen-mag 2026; 47,0%)*	ASFO	>= 70% *(gen-mag 2026: 46,5%)*	Monito-raggio	
				ASUFC	>= 70% *(gen-mag 2026: 53,3% totale 50,1% adulti 79,9% pediat.)*		
				ASUGI	>= 70% *(gen-mag 2026: 36,7%)*		
				BURLO	>= 80% *(gen-mag 2026 76,0%)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.d (BERSAGLIO C16.1.NA – SPOKE)	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 minuti (SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 2 visitati entro 15 minuti (SPOKE)	>= 80% *(FVG gen- mag 2026: 56,8%)*	ASFO	>= 80% *(gen-mag 2026 56,6% totale 50,8% adulti 88,1% pediat.)*	Monito-raggio	
				ASUFC	>= 80% *(gen-mag 2026: 59,2%)*		
				ASUGI	>= 80% *(gen- mag 2026: 53,7%)*		
5.1.e (BERSAGLIO D9 – HUB)	Riduzione della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (HUB)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso (HUB)	<= 4,0% *(FVG gen- mag 2026: 4,6%)*	ASFO	*<=4% (gen-mag 2026: 4,6%)*	Monito-raggio	
				ASUFC *(adulti)*	*<=4% (gen-mag 2026 5,0% adulti)*		
				ASUFC *(pediatrico)*	*<=2% (gen-mag 2026 2,1% pediat)*		
				ASUGI	*<=5% (gen-mag 2026: 6,6%)*		
				BURLO	*<=2% (gen-mag 2026: 1,5%)*		
5.1.f BERSAGLIO D9- SPOKE)	Riduzione della percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso (SPOKE)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso (SPOKE)	<= 4,0% *(FVG gen-mag 2026: 4,6%)*	ASFO *(adulti)*	*<=5,0% (gen-mag 2026 6,0% adulti)*	Monito-raggio	
				ASFO *(pediatrico)*	*<=2,0% (0,9% pediat)*		
				ASUFC	*<=3,0% (gen-mag 2026: 3,3%)*		
				ASUGI	*<=5% (gen-mag 2026 6,58%)*		

5.1.1 Revisione dei codici di triage

Nel corso del 2027, ARCS coordinerà un gruppo di lavoro finalizzato alla revisione dei codici di triage. Nell'ambito delle attività del gruppo sarà inoltre approfondito il tema degli abbandoni dal Pronto Soccorso, attraverso l'analisi del fenomeno e dei principali fattori che ne influenzano l'incidenza.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.1.a	Rivalutazione del sistema di gestione dei codici di triage regionali	Trasmissione alla DCS di documento di analisi rivalutativa del sistema di gestione dei codici di triage regionali	Entro 31.12.2027	ASFO	Compartecipazione all'elaborazione del documento di analisi rivalutativa	Coordinamento	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				ARCS	trasmissione alla DCS entro il 31.12.2027 del documento di analisi rivalutativa		
5.1.1.b	Analizzare le cause degli abbandoni dal Pronto Soccorso	Predisposizione di un documento di analisi degli abbandoni dal Pronto Soccorso	Entro 30.06.2027	ASFO	Entro 30.06.2027	Coordinamento	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				ARCS			

5.1.2 Osservatorio regionale dei Pronto soccorso

Il sovraffollamento dei Pronto soccorso non dipende solo dall'organizzazione interna della Struttura, ma riflette criticità che interessano l'intero percorso assistenziale: accessi a bassa priorità, tempi di processo, attesa di posto letto (boarding), dimissioni difficili verso il territorio.
Le Linee di gestione 2026 hanno affrontato il fenomeno prevedendo azioni specifiche: fast track geriatrico, percorsi see and treat, dimissioni e accoglimenti giornalieri da medicine e RSA.
Manca però una sede stabile che legga questi fenomeni in modo unitario e tempestivo, confronti le performance dei singoli PS, verifichi l'effetto delle azioni avviate e proponga correttivi a livello aziendale e regionale.
Nel 2027 si istituisce quindi l'Osservatorio regionale dei Pronto soccorso, organismo tecnico di monitoraggio coordinato dalla DCS con il supporto tecnico-analitico di ARCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.2.a	Istituzione dell'Osservatorio regionale dei PS	Adozione dell'atto di costituzione e del regolamento di funzionamento	Entro il 30.06.2027	ASFO	Collaborazione alla stesura del regolamento	Supporto tecnico	Adozione dell'atto entro il 30.06.2027
				ASUFC			
				ASUGI			

5.2 Emergenza-urgenza territoriale

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.1.2.a (LEA NSG D09Z)	Miglioramento dei tempi di arrivo sui target per le chiamate di emergenza con codice rosso	75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica e l'arrivo del 1° mezzo di soccorso al target (codice rosso)	<= 16 minuti	ASFO	<= 16		
				ASUFC	<= 16		
				ASUGI	<= 16		
				ARCS	<= 16		

5.3 Elisoccorso sanitario

Nella gestione della complessiva rete dell'emergenza-urgenza territoriale regionale riveste un'importanza strategica per la continuità e efficienza del servizio garantire una coordinata rotazione del personale dell'emergenza territoriale alle funzioni gestite nei vari setting e nodi organizzativi in cui la rete è articolata: centrale operativa SORES, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale. Per migliorare l'utilizzo e il coordinamento del personale assegnato alle attività della rete risulta, pertanto, opportuno integrare per quanto possibile le attività. Preso atto che all'interno della generale rete dell'emergenza-urgenza territoriale la Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES) è attualmente direttamente gestita da ARCS, è opportuno, per il perseguimento di una miglior economicità ed efficacia del complessivo sistema di emergenza-urgenza regionale, trasferire nel corso dell'anno 2027 allo stesso ente, ARCS, la gestione diretta anche della funzione di elisoccorso sanitario, in precedenza affidata ad ASUFC. ARCS e ASUFC procedono, per quanto di competenza conseguentemente ad attivare e perfezionare il subentro di ARCS nei rapporti obbligatori e convenzionali necessari a garantire la continuità della funzione di elisoccorso sanitario regionale in essere.

La funzione di elisoccorso è assicurata dal personale eventualmente assegnato alla Struttura e dal personale medico e infermieristico delle altre Aziende sanitarie. ARCS definisce il fabbisogno di personale medico e infermieristico e assegna a ciascuna Azienda i turni o le fasce orarie da coprire. Ciascuna Azienda garantisce la presenza del personale medico e infermieristico, in possesso dell'idoneità richiesta, necessario per la copertura delle attività assegnate.

Tale attività è regolamentata da specifica convenzione da sottoscrivere entro il 30 aprile 2027.

Il trasferimento da ASUFC ad ARCS della funzione di elisoccorso sanitario è condizionato alla preventiva adozione da parte della Giunta regionale dell'apposita deliberazione di modifica della collocazione delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza nella Regione, a modifica della d.g.r. n. 1446 del 24 settembre 2021 così come rettificata dalla successiva d.g.r. n. 1965 del 23 dicembre 2021; il trasferimento della funzione viene effettuato nel rispetto della tempistica prevista dalla suddetta deliberazione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.a	Garantire le risorse di personale necessarie allo svolgimento della funzione	Avvenuta stipulazione di convenzione tra le Aziende per garantire la presenza del personale medico e infermieristico delle aziende, in possesso dell'idoneità alle attività, necessario ad assicurare la	Avvenuta sottoscrizione della convenzione entro il 30/04/2027	ASFO	Avvenuta sottoscrizione della convenzione entro il 30/04/2027	Vedi Target	
				ASUFC			
				ASUGI			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	regionale di elisoccorso	funzione di elisoccorso sulla base dei fabbisogni espressi da ARCS		ARCS			

6. ASSISTENZA TERRITORIALE

6.1 Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.1.a	Per ciascun consultorio familiare viene individuata la Casa della Comunità (CdC) attiva di riferimento, in modo che la CdC possa indirizzarvi, in base al bisogno e alla localizzazione del consultorio rispetto all'assistito, l'assistito che necessiti di servizi di consultorio familiare, e sono definiti le modalità di accesso, i criteri di segnalazione, le responsabilità del raccordo e i tempi di risposta lungo il percorso	Adozione di procedura operativa che disciplina le modalità di accesso, i criteri di segnalazione, le responsabilità del raccordo e i tempi di risposta lungo il percorso.	Entro 30/06/2027	ASFO ASUFC ASUGI	Entro 30.06.2027		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.1.b	Completamento formazione regionale IFoC	N. di infermieri con formazione conclusa	Totale infermieri formati dall'anno 2023 all'anno 2027 >= 402 persone	ASFO ASUFC ASUGI	Supportare il completamento del programma	Coordinamento delle aziende per la gestione organizzativa degli stage, supervisione del corso negli aspetti organizzativi e disciplinari e gestione dell'esame finale	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.1.c	Prosecuzione dell'analisi e revisione dei percorsi informativi gestiti da COT per omogeneizzazione a livello regionale	È implementata almeno una nuova *transitional care* fra le seguenti: ospedale-territorio, territorio-ospedale, territorio-territorio	Entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	Partecipazione alle attività del GdL regionale e implementazione degli strumenti definiti a livello regionale	Coordinamento operativo delle attività finalizzate alla definizione degli strumenti	Programmazione, pianificazione e supervisione attività specifiche

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				CRO			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.1.d	Prosecuzione attività di implementazione utilizzo dei percorsi e strumenti per la presa in carico territoriale a livello regionale	Almeno un ulteriore percorso o strumento multiprofessional e è implementato (es. verbale UVM, presa in carico cure palliative)	Entro il 31/12/27	ASFO	Partecipazione alle attività del GdL regionale e implementa-zione dei percorsi e degli strumenti definiti a livello regionale	Collaborazione con DCS e/o coordinamento operativo delle attività finalizzate all'implementazione documentale	Program-mazione, pianificazione e supervisione attività specifiche
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

6.1.1 Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico

La necessità di fornire funzioni di assistenza psicologica diffusa in ambito territoriale per la prevenzione e cura del disagio psicologico è stata incisivamente ribadita nel documento del *Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030* approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni-Enti locali (Accordo del 29 dicembre 2025, Rep. Atti 177/CU); in tale documento si riafferma la necessità di prevedere in ambito territoriale l'attivazione di una funzione di assistenza collegata alla figura professionale dello Psicologo di Assistenza Primaria, che possa garantire le attività di prevenzione e assistenza necessarie d'intesa e in collaborazione con il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta e l'invio, se necessario, del paziente verso i servizi specialistici di secondo livello e servizi sociali e sociosanitari.

L'attivazione della funzione di assistenza sopra descritta, oltre a potenziare la capacità operativa del sistema sociosanitario, consente di intercettare precocemente situazioni di disagio psicologico che, se non adeguatamente gestite, possono evolvere in sintomi psichici o stati di cronicità, e si estende a garantire ulteriori bisogni. Le funzioni territoriali di Psicologo di Assistenza Primaria da sviluppare e garantire, infatti, devono, a tendere, ricomprendere: azioni di prevenzione, diagnosi e trattamento precoce dei disturbi psicologici in fase iniziale o di lieve-media entità; interventi di consulenza, valutazione e supporto psicologico per situazioni di sofferenza che non richiedono un trattamento specialistico o una presa in carico multidisciplinare prolungata; interventi di sostegno e supporto a problemi legati all'adattamento nelle diverse fasi del ciclo di vita; sostegno nelle diagnosi internistiche infauste, di condizione cronica o di recidiva; sostegno all'aderenza alla cura e ai progetti terapeutici; assistenza psicologica domiciliare.

Per riassumere operativamente quanto più ampiamente espresso nel PANSM 2025-2030, le funzioni da garantire sono quelle di offerta di assistenza psicologica di primo livello, accessibile e tempestiva, con gestione del collegamento che intercorre tra le cure primarie e quelle specialistiche, al fine di identificare e trattare i disturbi psicologici fin dai primi stadi, prima che possano svilupparsi in condizioni più gravi, promuovendo così la prevenzione e l'intervento precoce. L'assistenza richiesta ricomprende anche il supporto e la consulenza sia ai pazienti che ai loro familiari, educando riguardo a strategie e tecniche di gestione dello stress. Il ruolo dello

psicologo di assistenza primaria è, pertanto, importante sia nella logica della presa in carico che nell'attività dei gruppi multiprofessionali che agiscono la presa in carico, con funzioni di *front office* e back office.

Per perseguire lo sviluppo in ambito territoriale della funzione di Psicologo di Assistenza Primaria così come sopra riassunte, si prevede per il 2027 come obiettivo delle Aziende la definizione e adozione del modello organizzativo per lo svolgimento delle funzioni (ore o presenza minima, popolazione target, modalità di accesso - invio da MMG/PLS o accesso diretto-, modalità di coordinamento e integrazione con i Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza nonché con i Consultori familiari) l'attivazione nelle Case della Comunità di funzioni di assistenza psicologica finalizzate ad intercettare precocemente situazioni di disagio psicologico che, se non adeguatamente gestite, possono evolvere in sintomi psichici o stati di cronicità, nonché le altre attività meglio descritte *supra in questo* paragrafo.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.1.1.a	Sviluppo delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle Case della Comunità (CdC)	Adozione del documento di modello organizzativo aziendale per lo svolgimento delle funzioni di assistenza primaria psicologica nelle CdC e sua trasmissione alla DCS	Trasmissione ad ARCS e DCS del modello organizzativo aziendale adottato entro il 31.03.2027	ASFO	Trasmissione ad ARCS e DCS del modello organizzativo aziendale adottato entro il 31.03.2027	Coordina-mento e monito-raggio	
				ASUFC			
				ASUGI			
		Attivazione in Case della Comunità (Hub) di funzioni di assistenza primaria psicologica erogata in attuazione e secondo quanto previsto dal PANSM 2025-2030 (punto Psicologo di Assistenza Primaria)	Funzione attivata in almeno il 30 per cento delle CdC-HUB aziendali entro il 31.12.2027	ASFO	Funzione attivata in almeno 2 CdC-HUB aziendali entro il 31.12.2027	Monito-raggio	
				ASUFC	Funzione attivata in almeno 3 CdC-HUB aziendali entro il 31.12.2027		
				ASUGI	Funzione attivata in almeno 2 CdC-HUB aziendali entro il 31.12.2027		

6.2 Governo dell'assistenza territoriale e definizione dei nodi territoriali

Entro il 30 giugno 2027 ciascun Distretto approva un Piano di distribuzione territoriale dei nodi di riferimento dell'Infermiere di comunità.
Il Piano individua:

- la distribuzione dei nodi sull'intero territorio distrettuale;
- la popolazione di riferimento di ciascun nodo;

- la localizzazione e le modalità di accesso;
- il fabbisogno di Infermieri di comunità;
- la composizione delle équipe multiprofessionali collegate;
- il raccordo con MMG, PLS, PUA, COT, servizi domiciliari, servizi specialistici e Servizi sociali dei Comuni;
- le priorità di attivazione, tenendo conto dell'età della popolazione, della prevalenza delle patologie croniche, della fragilità sociale, della dispersione geografica e dei tempi di percorrenza;
- il cronoprogramma di progressiva estensione della rete negli anni successivi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.2.a	Definizione della distribuzione territoriale dei nodi di riferimento dell'Infermiere di comunità degli infermieri di famiglia o comunità	Approvazione formale da parte di ogni Distretto aziendale del Piano di distribuzione territoriale dei nodi di riferimento dell'Infermiere di comunità	Entro il 30/06/2027	ASFO ASUFC ASUGI	Entro il 30.06.2027	Monito-raggio	

Nel secondo semestre 2027 e, comunque, entro il 31 dicembre, ciascun Distretto attiva almeno un nodo territoriale conforme ai requisiti regionali. L'attivazione non può coincidere con la sola individuazione di una sede, ma richiede l'effettiva assegnazione dell'Infermiere di famiglia o comunità, della popolazione di riferimento, dell'équipe collegata, delle modalità di accesso e dei percorsi assistenziali attivi.
Per ciascun nodo attivato l'Azienda assicura:

- l'assegnazione nominativa di almeno un Infermiere di famiglia o comunità;
- i MAP/PLS di riferimento;
- l'individuazione esplicita della popolazione di riferimento – *panel di assistiti* ;
- una quota prevalente, non inferiore al 70 per cento dell'orario di servizio, dedicata alla popolazione e al territorio assegnati;
- la stabilità dell'assegnazione e la continuità della relazione con le persone, evitando rotazioni periodiche non motivate;
- un calendario settimanale stabile e conoscibile dalla popolazione;
- modalità definite di contatto, accesso e ricontatto;
- la registrazione delle attività territoriali, domiciliari e comunitarie;
- la sostituzione programmata in caso di assenza e il passaggio strutturato delle informazioni in caso di avvicendamento.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.2.b	Governo dell'assistenza territoriale e attivazione dei nodi territoriali	Attivazione in ciascun Distretto aziendale di almeno un nodo territoriale conforme ai requisiti regionali	Entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI	Entro il 31/12/2027	Monito-raggio	

Il modello sopra descritto è progressivamente applicato dalle Aziende a tutti i percorsi strategici delineati nella

prima parte di questo documento programmatorio (percorsi: A.1-INVECCHIARE AL DOMICILIO E GESTIRE LA CRONICITÀ, A.2-ACCOMPAGNARE LE PERSONE CON DEMENZA E LE LORO FAMIGLIE, A.3-PREVENIRE E AFFRONTARE LE DIPENDENZE, A.4-INTERCETTARE E PRENDERE IN CARICO IL DISAGIO DEI GIOVANI TRA 10 E 25 ANNI, A.5-NASCERE E CRESCERE NELLA COMUNITÀ: PERCORSO NASCITA E PRIMA INFANZIA), ciascuno con popolazione destinataria, criteri di accesso, responsabilità e risultati attesi esplicitati.

6.3 Integrazione ospedale-territorio e gestione delle dimissioni protette

Nel corso del 2027 si procede nelle verifiche di capacità del sistema territoriale di prendere in carico la persona nel momento della transizione dall'ospedale al domicilio. Nell'ambito di tali verifiche la dimissione protetta è assunta quale indicatore proxy della capacità citata: è la transizione per la quale il percorso prevede già una segnalazione formale alla Centrale operativa territoriale, e quindi una traccia verificabile, ed è quella in cui l'interruzione della continuità assistenziale produce gli effetti più rilevanti, in termini di riacutizzazioni, riammissioni ospedaliere e accessi impropri in Pronto soccorso. Il dato non esaurisce dunque la valutazione del percorso, ma ne misura un passaggio critico.
Nel secondo semestre 2027 almeno l'80 per cento delle persone in dimissione protetta e segnalate alla COT riceve il contatto o l'attivazione del servizio territoriale entro 48 ore, con target elevato al 90 per cento per il 2028;
Il contatto entro 48 ore non coincide necessariamente con un accesso domiciliare. Deve verificare almeno la stabilità clinica, la disponibilità e la corretta assunzione dei farmaci, la presenza di nuovi bisogni assistenziali o sociali, la conoscenza dei segnali di allarme e l'avvenuta programmazione dei successivi contatti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.3.a	Garantire la continuità della presa in carico dopo la dimissione ospedaliera	% di persone in dimissione protetta, da segnalare alla COT, che ricevono il contatto o l'attivazione del servizio territoriale entro 48 ore dalla dimissione (periodo di riferimento: secondo semestre 2027)	≥ 80% nel secondo semestre 2027	ASFO	≥ 80%	Monito-raggio	
				ASUFC	≥ 80%		
				ASUGI	≥ 80%		

6.4 Anziani e anziani non autosufficienti

Una presa in carico residenziale appropriata contribuisce a stabilizzare le condizioni cliniche degli assistiti, riducendo il ricorso a ricoveri ospedalieri urgenti e agli accessi al Pronto Soccorso. In tale prospettiva, nel corso del 2027 si intende ridurre la percentuale di assistiti che, durante il periodo di presa in carico residenziale, hanno effettuato almeno un ricovero ospedaliero urgente o almeno un accesso al Pronto Soccorso.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.4.a (BERSAGLIO B28.3.11)	Migliorare il livello di assistenza dei pazienti inseriti nelle case di riposo riducendo il numero di ricoveri ospedalieri urgenti	Percentuale di assistiti in RSA (case di riposo) con almeno un ricovero ospedaliero urgente, in regime ordinario (over 65 anni)	<14 *(FVG 2025: 19,35%)*	ASFO	<14 *(2025: 21,07%)*	Monito-raggio	
				ASUFC	<14 *(2025: 18,97%)*		
				ASUGI	<14 *(2025: 18,55%)*		
6.4.b (BERSAGLIO B28.3.12)	Migliorare il livello di assistenza dei pazienti inseriti nelle case di riposo riducendo il numero di accessi in PS	Percentuale di assistiti in RSA (case di riposo) con almeno un accesso in PS non seguito da ricovero (over 65 anni)	<24 *(FVG 2025: 24,91%)*	ASFO	<24 *(2025: 23,56%)*	Monito-raggio	
				ASUFC	<24 *(2025: 25,47%)*		
				ASUGI	<22 *(2025: 25,26%)*		

6.5 Rete dei servizi per le persone con demenza

In coerenza con gli indirizzi nazionali, i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) rappresentano il nodo centrale per la formulazione della diagnosi, la prescrizione farmacologica in linea con le disposizioni dell'AIFA, nonché la presa in carico complessiva delle persone con demenza e dei loro familiari. I CDCD si configurano come presidi multiprofessionali e multidisciplinari territoriali che costituiscono il fulcro della rete di presa in carico delle persone con demenza e decadimento cognitivo. Essi valutano in modo integrato i bisogni clinici, assistenziali e sociosanitari della persona e della sua famiglia e favoriscono l'accesso e il raccordo con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali e del Terzo settore, superando la concezione limitata alla sola attività ambulatoriale specialistica. I CDCD territoriali sono collocati all'interno delle Case della Comunità e operano in stretta connessione tra di loro e con i CDCD ospedaliero-universitari. Tale raccordo è assicurato da un'organizzazione a rete che prevede l'individuazione di un nodo centrale e di nodi periferici, gestiti da un'équipe funzionale multiprofessionale operante trasversalmente nei diversi nodi della rete.

I CDCD territoriali, così organizzati, devono garantire almeno le seguenti funzioni:

- informazione, accoglienza e orientamento per persone con problematiche di tipo cognitivo o sospetta demenza;
- valutazione diagnostica e definizione del percorso terapeutico, inclusa la prescrizione dei trattamenti farmacologici;

- follow-up clinico;
- interventi di stimolazione e training cognitivo, nonché trattamenti non farmacologici dei disturbi psicologici e comportamentali della demenza (BPSD);
- supporto psicologico e interventi psicoeducativi rivolti ai caregiver;
- consulenza specialistica a favore dei Medici di medicina generale e degli altri professionisti coinvolti nella presa in carico;
- raccordo e coordinamento con i diversi nodi della rete dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali e del Terzo settore dedicati alle persone con demenza e ai loro familiari.

Nel corso del 2027, ciascuna Azienda sanitaria provvede a formalizzare l'équipe funzionale multiprofessionale costituita dai professionisti che sono già impegnati nelle attività di diganosi e assistenza alle persone con demenza sul territorio, nonché a potenziarne l'organico al fine di garantire la presenza di almeno le seguenti figure professionali:

- medici specialisti in neurologia o geriatra;
- neuropsicologi;
- infermieri, preferibilmente con esperienza nel case management delle demenze.

Nell'atto di formalizzazione della costituzione della suddetta équipe, le Aziende provvedono a indicare per ciascun professionista il monte ore mensile dedicato alle attività dell'équipe, nonché a individuare un responsabile della rete dei CDCD territoriali cui compete anche la definizione delle modalità di organizzazione dell'équipe.
Oltre a assicurare le attività già garantite sul territorio, ciascuna Azienda sanitaria provvede, inoltre, ad attivare, in ogni territorio corrispondente alle ex province, almeno un CDCD territoriale con funzione di nodo centrale, operativo per non meno di quattro giorni alla settimana e sei ore giornaliere, con la presenza dei seguenti professionisti dell'équipe:

- un medico specialista in neurologia o geriatria, 4 giorni su 4;
- un neuropsicologo per almeno 10 ore settimanali;
- un infermiere, 4 giorni su 4.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.5.a	Strutturazione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)	Atto di formalizzazione équipe funzionale multiprofessionale dedicata alla rete dei CDCD territoriali, monte ore dedicato da ciascun professionista e individuazione del responsabile della rete	Entro 31.12.2027	ASFO	Atto di formalizzazione équipe		Monito-raggio
				ASUFC	Atto di formalizzazione équipe		
				ASUGI	Atto di formalizzazione équipe		
6.5.b		Evidenza presenza CDCD territoriale con funzione di nodo centrale, che garantisca le attività previste, operativo per 4/7gg e 6 ore die con la seguente dotazione organica: - 1 medico (neurologo o geriatra) 4 giorni su 4; - un neuropsicologo 10 ore a	Entro 31.12.2027	ASFO	Almeno 1 CDCD		Monito-raggio
				ASUFC	Almeno 1 CDCD		
				ASUGI	Almeno 1 CDCD Area Giuliana		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		settimana; - un infermiere, 4 giorni su 4.			Almeno 1 CDCD Area Isontina		

Al fine di favorire un'adeguata programmazione e pianificazione dei servizi e interventi in favore delle persone affette da demenza o disturbo cognitivo lieve (*Mild Cognitive Impairment* – MCI), si intende avviare un'attività di monitoraggio continuativo dell'epidemiologia della demenza e MCI in regione, da consolidare e integrare progressivamente, anche in linea con le indicazioni nazionali. Nel 2027, le Aziende sanitarie provvedono alla raccolta delle informazioni necessarie all'elaborazione di una reportistica che consenta di monitorare almeno i seguenti aspetti:

- numero di pazienti visitati da ciascun CDCD e distribuzione delle relative diagnosi nel corso dell'anno;
- numero di prime visite effettuate da ciascun CDCD nel corso dell'anno;
- numero di follow-up effettuati da ciacun CDCD nel corso dell'anno;
- numero di televisite effettuate da ciacun CDCD nel corso dell'anno;
- % di pazienti in terapia famacologica specifica (nota 85 AIFA) sul totale dei visitati nel corso dell'anno;
- % di pazienti con trattamenti non famacologici sul totale dei visitati nel corso dell'anno;

come da seguente linea di attività:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.5.c	Attività di monitoraggio sull'attività e assistenza sanitaria svolta dai CDCD	Trasmissione a DCS e ARCS di report annuale per l'anno 2027 con le seguenti informazioni di dettaglio per ogni CDCD: - n. pazienti visitati, prime visite, follow up, televisite e distribuzione diagnosi nell'anno; - rapporto percentuale, sul totale visitati, dei pazienti: a) in terapia farmacologia specifica (nota 85 AIFA); b) sotto trattamento non farmacologico	Tramissione report entro 31.12.2027	ASFO ASUFC ASUGI	Tramissione report entro 31.12.2027		

Nell'ambito delle attività previste dal Fondo nazionale per l'Alzheimer e le demenze, le Regioni sono chiamate a svolgere un duplice ruolo. Da un lato, sono responsabili della definizione del piano regionale delle attività, nonché del coordinamento e del monitoraggio della sua attuazione; dall'altro, collaborano con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il conseguimento di specifici obiettivi individuati dal decreto ministeriale.
Con riferimento all'Obiettivo specifico 2 della linea strategica 5 del Piano delle attività della Regione FVG finanziato mediante il Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, relativo all'attività formative, le Aziende promuovono e favoriscono la partecipazione del personale dei Distretti impegnato nelle cure domiciliari, al fine di rafforzarne le competenze nella presa in carico delle persone con demenza e nel supporto ai caregiver.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.5.d	Formazione (Obiettivo specifico 2 linea strategica 5 Fondo demenze)	% di operatori dei Distretti impegnati nelle cure domiciliari formati sul totale degli operatori in servizio	Entro 31.12.2027	ASFO ASUFC ASUGI	Almeno 10% Almeno 10% Almeno 10%	Organizzazione e gestione corsi	Monitoraggio

Con riferimento invece alle attività da condurre in collaborazione con l'ISS rientra la disseminazione e l'implementazione della Linea guida *Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment*, pubblicata nel 2024 sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS.
L'attività di implementazione prevede la selezione di alcune raccomandazioni contenute nella Linea guida e la loro applicazione nei diversi contesti assistenziali di riferimento. A tal fine, l'ISS ha chiesto alle Regioni di individuare referenti per ciascuno dei setting destinatari della Linea guida (CDCD, strutture residenziali e servizi semiresidenziali). Tali referenti hanno partecipato a un percorso formativo dedicato all'utilizzo di un toolkit sviluppato appositamente per supportare il processo di implementazione.
A seguito della formazione, il referente per il setting dei CDCD (S.C. Neurologia Gorizia-Monfalcone di ASUGI) ha provveduto, nel corso del 2026, ad implementare la Linea Guida nel proprio contesto operativo.
Nel corso del 2027, ASFO e ASUFC implementano a loro volta la linea guida in almeno uno dei CDCD del proprio territorio con il supporto del CDCD di ASUGI che trasferisce le competenze acquisite nell'ambito dell'implementazione già effettuata nel proprio setting.

6.6 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Gli Enti del SSR per il tramite dei referenti aziendali al "Gruppo tecnico regionale per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione", in corso di ricostituzione, collaborano alle iniziative dell'Istituto superiore di sanità per il progetto di monitoraggio epidemiologico del fenomeno per l'intercettazione precoce e una presa in carico tempestiva e per la mappatura dei centri, e concorrono al raggiungimento degli obiettivi del Piano di attività annuale della regione Friuli Venezia Giulia "Potenziamento della rete regionale per i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione".

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.6.a	Monitoraggio epidemiologico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione negli adulti e nei minori	Invio alla DCS di un report relativo al monitoraggio svolto nell'anno 2027	Entro il 31.1.2028	ASUFC	Entro il 31.1.2028		Monito-raggio
				BURLO	Entro il 31.1.2028		
6.6.b	Formazione sul tema dei DNA dedicata al personale dei Dipartimenti di emergenza –urgenza, Pronto soccorso, ai MMG e PLS e altri operatori coinvolti nelle cure dei DNA	N° di eventi formativi	≥ 1 evento formativo per Ente	ASFO	≥1		Monito-raggio
				ASUFC	≥1		
				ASUGI	≥1		
				BURLO	≥1		
6.6.c	Aggiornamento del PDTA su "I disturbi del comportamento alimentare" (DGR 668 del 07/04/2017)	Trasmissione a DCS proposta aggiornamento PDTA su "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione"	Entro il 31.12.2027	ARCS	Entro il 31/12/2027	Coordi-namento	Adozione PDTA

6.7 Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo

L'aumento della prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo in età evolutiva, la crescente complessità dei bisogni assistenziali, la necessità di diagnosi e interventi sempre più precoci, nonché la crescita della domanda di presa in carico, rendono prioritario il rafforzamento dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e

dell'Adolescenza, al fine di ridurre i tempi di attesa, ampliare la capacità di risposta del sistema e garantire percorsi appropriati e tempestivi, sia per le condizioni ad alta complessità clinica sia per i bisogni a minore intensità assistenziale.

A tal fine, le Aziende sanitarie rafforzano la propria capacità di presa in carico e riducono i tempi di attesa, con particolare attenzione alle prestazioni di diagnosi e trattamento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), dei Disturbi del linguaggio non complessi e dei trattamenti connessi alla presa in carico precoce delle persone con disturbo dello spettro autistico, oltre che all'ampliamento dell'offerta di servizi, con particolare riferimento agli interventi residenziali post-acuzie e riabilitativo-terapeutici di cui all'art. 32 dei LEA.

Le Aziende sanitarie perseguono tali obiettivi definendo strategie adeguate, nell'ambito di un documento di programmazione da condividere con la Direzione salute, politiche sociali e disabilità, che prevedano il rafforzamento dell'organico dei servizi di NPIA e la committenza di specifici interventi avvalendosi delle risorse programmate nella tabella del presente documento.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.7.a	Definizione di una strategia per il rafforzamento dei servizi di NPIA	Invio alla DCS di un documento aziendale che programmi le azioni necessarie a: - aumentare la capacità di presa in carico dei servizi - ridurre le liste di attesa - realizzare la sperimentazione del servizio di accoglienza residenziale post acuzie 24h di cui al su ccessivo obiettivo cod. 6.7.b	Invio entro il 30.04.2027	ASFO	Invio entro il 30.04.2027		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	Invio entro il 30.04.2027		
				ASUGI	Invio entro il 30.04.2027		

Questa linea di intervento viene, in parallelo, supportata e affiancata dal percorso di definizione di un quadro regionale condiviso di indirizzi organizzativi, professionali e operativi per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità dei modelli di intervento e delle modalità di presa in carico sull'intero territorio regionale.

Quest'anno prosegue l'impegno delle strutture aziendali della NPIA al confronto nell'ambito dei lavori del tavolo regionale, che sarà orientato a:

- definire il mandato dei servizi NPIA, gli standard organizzativi e di personale e i principali processi assistenziali che caratterizzano il percorso di presa in carico dei minori;
- individuare strategie di potenziamento della proattività nell'individuazione dei bisogni per garantire una presa in carico precoce, sollecita e personalizzata;
- approfondire e monitorare la qualità di risposte della rete di servizi territoriali e la loro appropriatezza rispetto alle diverse tipologie di utenza e di intensità del bisogno;
- individuare possibili soluzioni organizzative per rispondere alla necessità di migliorare la continuità delle cure, con particolare attenzione alle fasi di transizione all'età adulta;
- garantire il coordinamento con gli sviluppi dei sistemi informativi e dei flussi dati realizzati nell'ambito della comunità di pratica.

Nell'ambito del tavolo regionale, rispetto alla rete territoriale di servizi, è emersa chiaramente la necessità di sviluppare progressivamente un sistema di offerta articolato e differenziato per livelli di intensità assistenziale, in grado di garantire continuità delle cure e appropriatezza degli interventi lungo tutto il percorso terapeutico, a fronte di un incremento della prevalenza dei disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo in età evolutiva, unito alla crescente complessità clinica, assistenziale e relazionale dei bisogni espressi dai minori e dalle loro famiglie. In tal senso, i Progetti Personalizzati, anche sostenuti da Budget di Salute, si confermano lo strumento privilegiato per attivare risposte personalizzate, valorizzando il contributo della famiglia, della comunità e degli Enti del Terzo Settore nella realizzazione di percorsi inclusivi e nello sviluppo di nuove e qualificate opportunità.
Ferma restando la centralità della progettazione personalizzata, come anticipato *supra*, la Regione intende promuovere il rafforzamento delle risposte territoriali ad elevata intensità terapeutica e assistenziale per completare la filiera regionale dei servizi sociosanitari rivolti ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, con l'intento di assicurare risposte assistenziali appropriate rivolte a minori che presentano bisogni clinici complessi, evitando il ricorso al ricovero ospedaliero e garantendola continuità terapeutica e assistenziale necessaria in contesti prossimi agli ordinari ambienti di vita.
La prima direttrice di sviluppo prevede la sperimentazione di presidi territoriali ad accesso continuato dedicati specificatamente a minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, funzioni assimilabili ai trattamenti residenziali ad alta intensità terapeutico-riabilitativa previsti dall'articolo 32, comma 3, lettera a), del DPCM 12 gennaio 2017. Tali presidi sono rivolti a minori caratterizzati da grave compromissione del funzionamento personale e sociale, da condizioni di parziale instabilità clinica o provenienti da una fase di post-acuzie, per i quali garantire, attraverso un intervento intensivo multidisciplinare, un percorso terapeutico riabilitativo integrato in setting territoriali alternativi all'ospedalizzazione.
L'assetto organizzativo di tali presidi, che costituiscono articolazioni funzionali delle NPIA territoriali, è caratterizzato dalla continuità assistenziale sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette, dall'integrazione multiprofessionale dell'équipe e da uno stabile raccordo con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri, in particolare della pediatria, garantendo il necessario supporto ai minori in fase di transizione all'età adulta. La realizzazione di tali nuclei può avvenire, ove ritenuto opportuno, anche mediante l'ottimizzazione delle dotazioni di posti letto di pediatria ospedaliera caratterizzate da bassi livelli di utilizzo, attraverso la loro riconversione in posti letto destinati alle presenti sperimentazioni. I posti letto così riconvertiti sono ricondotti all'ambito dell'assistenza territoriale e destinati all'erogazione di cure intermedie ad elevata intensità terapeutica e assistenziale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.7.b	Sperimentazione Servizio di accoglienza residenziale 24h per NPIA alta intensità terapeutico-riabilitativa	Evidenza costituzione, di un Servizio sperimentale di accoglienza, che garantisca le funzioni previste, dotato di équipe multiprofessionale e operativo continuativamente 7/7gg..	Entro 31.12.2027	ASFO	Almeno 1 Servizio sperimentale		Monitoraggio
				ASUFC	Almeno 1 Servizio sperimentale		
				ASUGI	Almeno 1 Servizio sperimentale		

La seconda direttrice riguarda invece lo sviluppo dell'offerta residenziale terapeutico-riabilitativa dedicata all'età evolutiva, di cui al paragrafo 7-INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E COMUNITARIA, punto 7.4- Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

Rispetto al tema degli sviluppi dei sistemi informativi e dei flussi dati, nell'ambito della Comunità di Pratica regionale NPIA, assume particolare rilevanza assume il rafforzamento del sistema informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Point-NPIA), quale presupposto indispensabile per il monitoraggio delle attività, la programmazione dei servizi e il supporto ai processi decisionali a livello aziendale e regionale.
In tale contesto, il recente rilascio dell'universo Business Objects (BO), che consente l'interrogazione strutturata della base dati regionale e la produzione di report e analisi dedicate, rappresenta un'importante opportunità per valorizzare il patrimonio informativo disponibile e sviluppare una conoscenza più approfondita delle attività e dei bisogni espressi dall'utenza.
Le Aziende Sanitarie sono pertanto chiamate, anche nell'ambito della Comunità di Pratica, con il coinvolgimento delle strutture aziendali competenti in materia di sistemi informativi, controllo di gestione e governo clinico, a promuovere il miglioramento della qualità, della completezza e dell'affidabilità dei dati registrati nel gestionale Point NPIA. A tal fine dovranno essere realizzate attività di verifica e validazione dei dati, con particolare riferimento alla congruenza tra le informazioni presenti nel gestionale Point e quelle disponibili nel Data Warehouse regionale, nonché al controllo della correttezza e della completezza delle registrazioni effettuate dai servizi.
Tale percorso consentirà di predisporre il sistema regionale all'avvio del futuro flusso informativo nazionale NPIA, avviando fin da subito le necessarie attività di qualificazione del dato e di consolidamento delle procedure di rilevazione. Al contempo, la disponibilità di dati affidabili, confrontabili e tempestivamente fruibili permetterà di rafforzare le capacità di governo e programmazione sia a livello aziendale sia regionale, supportando l'analisi dei bisogni, il monitoraggio delle performance dei servizi e l'individuazione degli interventi necessari al miglioramento dell'offerta dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.7.c	Migliorare qualità, valorizzazione e fruizione dei dati	Percentuale delle diagnosi ICD-10-IM inserite per i casi in carico	≥90%	ASFO	≥90%		Monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥90%		
6.7.d		Numero di report finalizzati alla valutazione della correttezza e completezza dei dati inseriti in PoinT e alla verifica della congruenza tra data base PoinT e datawarehouse entro il 31.12.2027	Per azienda ≥2	ASFO	≥2		Monitoraggio
				ASUFC	≥2		
				ASUGI	≥2		

6.8 Trasporti sanitari secondari

La raccomandazione ministeriale n. 11 dd. 02.01.2010 dichiara che "Il trasporto di un paziente rappresenta un momento importante nel continuum dell'assistenza sanitaria che richiede una gestione articolata complessa, competenze specifiche e può avvenire essenzialmente in condizione di urgenza ed in condizione ordinaria programmabile".

Il DPReg n. 019/2017 definisce il trasporto sanitario come trasporto non urgente e programmabile di pazienti non trasportabili con comuni mezzi, per l'accesso o il rientro da luoghi o servizi in cui è stata eseguita una prestazione sanitaria, distinguendolo dal soccorso sanitario urgente e prevedendo che possa avvenire a livello intraziendale, interaziendale regionale ed extraregionale, e si differenzia dal trasporto sanitario in urgenza/emergenza.

In attuazione della disciplina regionale vigente in materia di trasporto sanitario, con particolare riferimento all'articolo 16 della legge regionale 20 febbraio 1995, n. 12 e al DPReg 18 gennaio 2017, n. 019/Pres., che regolamenta il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei soggetti che svolgono attività di trasporto sanitario, nonché alla DGR n. 1598/2017 in materia di competenze organizzative e attribuzione degli oneri del servizio di trasporto sanitario e al Decreto del Direttore Centrale Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia n. 250 dd. 01.02.2018 "Trasporti sanitari - Assistenza durante il trasporto di pazienti con ambulanza", nel corso del 2026 è stato avviato un progetto di lavoro con la partecipazione di tutti gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, compreso ARCS, e coordinato dalla Direzione centrale salute, finalizzato alla ricognizione delle modalità organizzative attualmente adottate dalle Aziende sanitarie e dagli IRCCS regionali e alla valutazione, anche alla luce delle esperienze di altre Regioni, la fattibilità di un modello regionale integrato di gestione, accesso e monitoraggio dei trasporti sanitari secondari.

Nel corso del 2027 il gruppo di lavoro dovrà formulare una proposta di revisione e omogeneizzazione delle procedure operative. La valutazione dovrà approfondire diversi aspetti come il percorso prescrittivo, il percorso di presa in carico del paziente, i costi di avvio del percorso, nonché l'efficientamento della logistica dei trasporti sanitari.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.8.a	Partecipare, attraverso un proprio referente aziendale, alla valutazione di fattibilità di un modello regionale integrato di trasporti sanitari	proposta di procedura operativa regionale uniforme revisionata da parte di tutti gli Enti del SSR, comprensiva degli indicatori di monitoraggio relativi a volumi, tempi, costi, chilometri, ritorni, trasporti interaziendali, trasporti extraregionali e appropriatezza delle richieste	entro 30.6.2027	ASFO	Partecipare alla stesura del documento che dovrà essere definito entro il 30.6.2027		Coordi-namento attività
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO	entro 30.9.2027		
				ARCS	entro 30.9.2027		

6.9 Miglioramento degli standard qualitativi

Di seguito si indicano alcuni degli obiettivi di attività assegnati agli Enti del S.S.R. finalizzati al miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.9.a (LEA NSG D04C)	Mantenimento/miglioramento tasso ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica *(<18 anni)* per asma e gastroenterite	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	<= 51 *(FVG 2025: 50,21 per 100.000 ab)*	ASFO	<= 70 *(2025:70,24)*	Monitoraggio	
				ASUFC	<= 57 *(2025: 56,69)*		
				ASUGI	<= 25 (2025: 22,94)		
6.9.b (LEA NSG D03C)	Mantenimento/miglioramento tasso ospedalizzazione standardizzato in età adulta *(≥ 18 anni)* per: complicanze *(a breve e lungo termine)* per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	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	< 186 *(FVG 2025: 187,32 per 100.000 ab)*	ASFO	< 186 *(2025:191,2)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	< 186 *(2025: 180,35)*		
				ASUGI	< 186 *(2025: 199,25)*		
6.9.c (LEA NSG D05C)	Mantenimento/miglioramento tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	<55,24 *(FVG 2025: 55,24‰)*	ASFO	<44,69 *(2025: 44,69‰)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<58,44 *(2025: 58,44‰)*		
				ASUGI	<59,87 *(2025: 59,87‰)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.9.d (LEA NSG D06C)	Mantenimento/miglio-ramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	<20 *(FVG 2025: 24,62‰)*	ASFO	<20 *(2025: 21,54‰)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<20 *(2025: 20,42‰)*		
				ASUGI	<20 *(2025: 33,37‰)*		
6.9.e (BERSAGLIO C13A.2.2.1)	Migliorare il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<27,4% *(FVG 2025: 30,94‰)*	ASFO	<35,00% *(2025 39,97‰)*	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<25,00% *(2025: 30,94‰)*		
				ASUGI	<25,00% *(2025:27,54‰)*		
6.9.f (Lea NSG D22Z)	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 4,00 *(FVG 2025: 8,63)*	ASFO	>= 4,00 *(2025: 9,02)*	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>= 4,00 *(2025: 8,07)*		
				ASUGI	>= 4,00 *(2025: 9,10)*		
6.9.g (Lea NSG D22Z)	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 3,00 *(FVG 2025. 3,64)*	ASFO	>=3,00 *(2025: 2,97)*	Coordinamento e monitoraggio	
				ASUFC	>=3,00 *(2025: 4,09)*		
				ASUGI	>=3,00 *(2025: 3,58)*		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.9.h (Lea NSG D22Z)	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥2,00 *(FVG 2025: 4,04)*	ASFO	≥2,00 *(2025: 2,39)*	Coordina-mento e monitoraggio	
				ASUFC	≥2,00 *(2025: 4,76)*		
				ASUGI	≥2,00 *(2025: 4,42)*		

* Criteri di Calcolo: nuova scheda NSG 2026

6.10 Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117

In attuazione delle "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117" approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (rep. Atti n. 221/CSR) nonché a quanto disposto dal DM 77/2022, nel corso dell'anno 2026 sono stati attivati i servizi del Numero Unico 116117 su tutto il territorio regionale. Per perseguire un maggior coordinamento delle attività del Numero Unico 116117 con quelle del sistema territoriale regionale di emergenza-urgenza e l'integrazione con la Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria (SORES) già incardinata in ARCS, nel corso dell'anno 2027 si trasferisce ad ARCS anche il governo del sistema Numero Unico 116117 fino ad ora gestito da ASUGI. Per perseguire il complessivo miglioramento delle condizioni di continuità, con ridondanza, di disponibilità dei servizi informatici utilizzati da SORES e Numero Unico 116117, nonché per valorizzare le immobilizzazioni già operate per l'avvio dell'attività della Centrale 116117 presso ASUGI nella sede di Trieste, per l'esercizio delle funzioni in discorso affidate ad ARCS viene comunque confermata e rimane ferma la localizzazione della sede operativa del Numero unico 116117 a Trieste presso ASUGI.

Il trasferimento da ASUGI ad ARCS della funzione di gestione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 è condizionato alla preventiva adozione da parte della Giunta regionale dell'apposita deliberazione di modifica della collocazione delle funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza nella Regione, a modifica della d.g.r. n. 1446 del 24 settembre 2021 così come rettificata dalla successiva d.g.r. n. 1965 del 23 dicembre 2021; il trasferimento della funzione viene effettuato nel rispetto della tempistica prevista dalla suddetta deliberazione.

7. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E COMUNITARIA

La strategia regionale prosegue con continuità nella sua azione di orientamento del sistema di welfare regionale verso un modello welfare di comunità. In tale prospettiva, una prima componente chiave di questo processo riguarda il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria, quale elemento in grado di determinare un netto incremento della qualità dell'offerta assistenziale, migliorando la capacità del sistema di leggere e interpretare i bisogni delle persone e garantendo risposte personalizzate, flessibili e appropriate. In tale prospettiva, rientra anche lo sviluppo della componente sociosanitaria dell'assistenza distrettuale delle Aziende sanitarie, che non si esaurisce negli interventi integrati con i Servizi sociali, bensì si riferisce e ricomprende l'intero insieme dei LEA disciplinati dal Capo IV del DPCM 12 gennaio 2017.

Questo macro-obiettivo procede unitamente alla seconda componente, ovvero il percorso evolutivo improntato al principio di sussidiarietà orizzontale che sta investendo il settore pubblico della cura e dell'assistenza, incentivandone l'apertura a nuove forme di corresponsabilità e cogestione di servizi e interventi con gli enti del Terzo settore e dell'impresa sociale.

Per implementare questa visione strategica, nel corso del 2026, la Regione è intervenuta attraverso tre principali azioni operative.
In primo luogo, ha fornito, per la prima volta, indicazioni programmatiche unitarie alle Aziende sanitarie (DGR 1507/2025) e agli Ambiti territoriali sociali (DGR 553/2026), individuando obiettivi specifici dedicati al rafforzamento dell'integrazione istituzionale sociosanitaria e all'avvio di una riflessione sul ruolo del Terzo settore negli attuali sistemi territoriali, con particolare riferimento alle Case della comunità.
In secondo luogo, ha sviluppato, in collaborazione con ComPA, il percorso formativo *"Coprogrammare e coprogettare il welfare di comunità"*, avviato nell'autunno 2026 e rivolto ai livelli politici e tecnici del settore sanitario e sociale, nonché agli enti del Terzo settore, al fine di sviluppare competenze e linguaggi comuni propedeutiche alle successive attività di co-produzione della salute nell'ambito delle Case della comunità.
Infine, con la deliberazione della Giunta regionale si procederà ad adottare delle Linee di indirizzo per l'integrazione nel sistema sociosanitario regionale, definendo così una cornice di riferimento condivisa per lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria. Nello specifico, la DGR, ad esito di un ampio percorso di confronto con gli attori sanitari e sociali, doterà il sistema regionale di un'architettura organizzativo-funzionale per la governance dell'integrazione a livello tecnico e politico, regionale e locale.
L'azione di queste tre leve abilitanti produrrà i propri effetti nel corso delle prossime annualità, per cui nel 2027, le Aziende sanitarie, al pari degli altri attori del welfare regionale, sono chiamate a partecipare ai percorsi formativi e a dare attuazione alle previsioni contenute nelle Linee di indirizzo, concorrendo progressivamente alla messa a regime dell'impianto delineato. Al contempo, sono chiamate a contribuire alla definizione delle successive traiettorie di sviluppo del sistema regionale attraverso la partecipazione ai processi di monitoraggio, valutazione e riflessione condivisa rispetto ai processi avviati e al funzionamento dell'impianto complessivo.

7.1 Anziani, anziani non autosufficienti e persone con demenza

Il 2027 si configura come un anno di particolare rilevanza ai fini dell'attuazione della riforma prevista dal decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, che attua le previsioni della legge 33/2023, in ragione del previsto avvio del periodo di sperimentazione della riforma stessa in alcuni territori regionali, la cui individuazione non è ancora avvenuta. Nelle more dell'adozione dei provvedimenti attuativi nazionali, permane un quadro di incertezza rispetto alle modalità operative della riforma; tuttavia, è ragionevole attendersi impatti significativi sull'assetto organizzativo e funzionale dei servizi coinvolti nei percorsi di presa in carico integrata e assistenza domiciliare delle persone anziane non autosufficienti, rendendo necessarie attività di indirizzo, coordinamento e progressivo adeguamento del sistema regionale.
Considerate la delicata fase di riforma che si delinea all'orizzonte e l'aumento delle strategie a sostegno della popolazione anziana non autosufficiente e degli interventi connessi ad esse, che attivano una molteplicità di nodi e di setting assistenziali nell'ambito delle Aziende sanitarie, si rende necessario definire modalità di coordinamento che garantiscano la coerenza sistemica interna, favorendo l'organicità e la continuità assistenziale dei percorsi di presa in carico. A tal fine, ciascuna Azienda sanitaria struttura meccanismi di coordinamento e integrazione dell'insieme di nodi e interventi sviluppati al proprio interno nelle diverse aree di assistenza di cui al DPCM 12 gennaio 2017. La funzione di coordinamento di tale rete interna, in considerazione della prevalenza della componente di intervento sociosanitaria nell'assistenza alla popolazione anziana, in particolare non autosufficiente, è incardinata nelle Direzioni sociosanitarie aziendali, nelle quali viene individuato un coordinatore.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.1.a	Garantire organicità nell'organizzazione degli interventi a favore della popolazione anziana non autosufficiente e fragile	Evidenza di un documento aziendale che identifichi: - soggetti e ruoli coinvolti, - meccanismi di coordinamento e integrazione definiti, - coordinatore.	Entro 30.09.2027	ASFO	Entro 30.09.2027		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	Entro 30.09.2027		
				ASUGI	Entro 30.09.2027		

Con DGR 1147/2026 è stato definito il fabbisogno regionale di servizi semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti. La deliberazione prevede che il fabbisogno sia determinato nella misura di 5 posti autorizzati, accreditati e convenzionati ogni 1.000 anziani residenti di età pari o superiore a 70 anni, definendo un fabbisogno complessivo regionale di 1.253 posti, così ripartiti:

- 399 posti nel territorio di ASUGI;
- 554 posti nel territorio di ASUFC;
- 300 posti nel territorio di ASFO.

La medesima delibera stabilisce che l'individuazione dei territori nei quali attivare prioritariamente nuovi servizi semiresidenziali avvenga nell'ambito della programmazione sociosanitaria integrata locale. La delibera stabilisce inoltre che l'individuazione dei soggetti interessati all'attivazione dei servizi nei territori individuati avvenga mediante la pubblicazione di un apposito avviso da parte di ciascuna Azienda sanitaria.

Per l'anno 2027, ciascuna Azienda sanitaria trasmette alla Regione una relazione sugli esiti della programmazione sociosanitaria integrata locale, contenente, in coerenza con il fabbisogno aziendale:

- l'individuazione dei territori nei quali realizzare i nuovi servizi semiresidenziali;
- la definizione, per ciascun territorio, del relativo numero di posti da attivare, distinti tra posti destinati a persone non autosufficienti e posti specificamente dedicati alle persone con demenza;
- il cronoprogramma delle attivazioni previste nel triennio 2027-2029, con l'indicazione del numero di posti da attivare per ciascuna annualità.

Successivamente, con deliberazione di Giunta regionale, la Regione provvederà all'approvazione della programmazione locale dei servizi semiresidenziali. Entro due mesi dall'adozione della preddetta delibera, ciascuna Azienda sanitaria provvede alla pubblicazione dell'avviso finalizzato all'individuazione dei soggetti interessati ad attivare i servizi programmati nei territori individuati, anche mediante il ricorso a strumenti di amministrazione condivisa (D.Lgs. 117/2017).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.1.b	Programmazione attivazione nuovi servizi semiresidenziali (DGR 1147/2026)	Relazione riportante gli esiti programmazione sociosanitaria integrata locale, contenente, in coerenza con il fabbisogno aziendale: - individuazione territori nei quali realizzare nuovi servizi; - numero di posti da attivare, distinti tra non autosufficienti e	Entro 30.09.2027	ASFO	Entro 30.09.2027		Monito-raggio
				ASUFC	Entro 30.09.2027		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		demenze; - cronoprogramma attivazioni previste nel triennio 2027-2029, con indicazione numero posti da attivare per ciascuna annualità.		ASUGI	Entro 30.09.2027		

Come per l'anno 2026, le Aziende proseguono l'attività di monitoraggio della qualità all'interno delle Residenze per anziani, attraverso la realizzazione di audit, raccordandosi con gli obiettivi previsti nell'ambito del rischio clinico e della Rete Cure Sicure.

Le Aziende sanitarie regionali assicurano che l'accesso, la permanenza e la rivalutazione nei servizi residenziali e semiresidenziali siano fondati sulla valutazione multidimensionale della persona e sulla predisposizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI), nel rispetto della normativa vigente e dei livelli essenziali di assistenza.

La qualificazione del percorso assistenziale e la conseguente imputazione degli oneri devono derivare dalla natura e dalla complessità dei bisogni rilevati, dall'intensità e continuità delle prestazioni necessarie e dal livello di integrazione tra le componenti sanitaria, sociosanitaria e assistenziale. Non possono pertanto essere determinate esclusivamente sulla base della diagnosi, del grado di non autosufficienza o della tipologia della struttura.

La valutazione multidimensionale e il PAI devono pertanto individuare, in relazione alle condizioni della persona, alla natura e complessità dei bisogni, all'intensità e continuità delle prestazioni necessarie e all'eventuale preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza, il percorso assistenziale appropriato.

Nei casi in cui, a seguito della valutazione, si riscontrino le condizioni per attivare un percorso di assistenza sociosanitaria di tipo residenziale e non venga rilevata la preminenza dei fattori produttivi sanitari, il verbale dell'UVM indica che i trattamenti erogati alla persona rientrano tra quelli di lungoassistenza previsti all'articolo 30, comma 1, lettera b) del DPCM 12 gennaio 2017, con conseguente attribuzione degli oneri a carico del SSR per una quota pari al 50%.

Nell'ottica di un rafforzamento dell'integrazione delle strutture residenziali e dei servizi semiresidenziali nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari del territorio, le Aziende attivano percorsi di accompagnamento nell'ambito dell'accreditamento istituzionale di cui al DPReg. 107/2022, con particolare riferimento a:

- adempimento alle prescrizioni formulate dall'OTA nell'ambito dei sopralluoghi per l'accreditamento definitivo;
- promozione di modelli di continuità assistenziale, raccordandosi in particolare con la figura di coordinamento e collegamento nominata da ciascun ente gestore (cfr. item SR10 e SR 11 dell'allegato 3 e item SR 8 e SR9 dell'allegato 4 al DPreg. 107/2022);
- monitoraggio dell'attuazione del programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza previsto nel piano triennale della qualità, in raccordo con il responsabile della qualità nominato da ciascun ente gestore (cfr item SR46 - SR 49 dell'allegato 3 al DPreg. 107/2022).

Le Aziende sanitarie assicurano il rafforzamento dell'attività di vigilanza nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti autorizzate all'esercizio nel territorio di competenza, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti autorizzativi previsti dal DPReg. 144/2015.

A tal fine, ciascuna Azienda effettua, nel corso dell'anno 2027, sopralluoghi presso almeno il 20% delle strutture residenziali per anziani autorizzate per non autosufficienti e attive nel proprio territorio, sulla base di una programmazione aziendale che tenga conto, tra l'altro, di eventuali segnalazioni, di criteri di rischio, della data dell'ultima verifica effettuata e dei relativi esiti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.1.c	Vigilanza nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti	Percentuale di strutture autorizzate sul totale delle strutture autorizzate e attive sul territorio per le quali è stato effettuato un sopralluogo entro il 31.12.2027	Almeno il 20% delle strutture	ASFO ASUFC ASUGI	Almeno il 20% delle strutture		Monitoraggio

Nel quadro dell'assistenza regionale agli anziani non autosufficienti, le sperimentazioni di Abitare inclusivo rappresentano un modello innovativo di presa in carico integrata, alternativo alla residenzialità tradizionale, che si realizza in contesti a carattere domiciliare costruiti attorno a percorsi di progettazione personalizzata. Poiché tali esperienze necessitano di essere ricondotte entro un quadro di autorizzazione e regolazione coerente con la loro natura e il loro assetto organizzativo, la Regione fornisce indirizzo alle Aziende sanitarie e agli Ambiti territoriali sociali affinché, in ciascun territorio aziendale, si avviino percorsi di coprogrammazione volti a far emergere e co-determinare i fabbisogni territoriali specifici. Tali fabbisogni, individuati secondo un approccio sussidiario e partecipato, verranno presi in considerazione ai fini della successiva definizione del fabbisogno a livello regionale.
In attesa che questo percorso si completi, il rilascio dell'autorizzazione in fase transitoria per i sperimentazioni di Abitare inclusivo è subordinato a una valutazione congiunta e favorevole da parte dell'Azienda sanitaria e dei Servizi sociali dei Comuni del territorio in cui il servizio è collocato.

7.1.1 Interventi dedicati alle persone con demenza

Al fine di promuovere una cultura diffusa di conoscenza della demenza fondata su rispetto e inclusione, le Comunità Amiche delle persone con demenza rappresentano uno degli strumenti più immediati per sensibilizzare le comunità locali sul tema. Il modello si basa sulla collaborazione tra istituzioni, Enti del terzo settore e cittadini al fine di creare realtà che superino lo stigma favorendo ambienti inclusivi, proattivi e attenti alle problematiche legate al decadimento cognitivo. In tal senso, l'Obiettivo specifico 3 della linea strategica 5 del Piano delle attività della Regione FVG finanziato mediante il Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, assegna a ciascuna Azienda sanitaria risorse economiche finalizzate alla promozione e sviluppo di percorsi comunitari *dementia-friendly* che dovranno essere realizzati nel corso dell'anno 2027.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.1.1.a	Realizzazione percorsi per promozione e sviluppo di azioni per favorire contesti comunitari *dementia-friendly* (Obiettivo specifico 3 linea strategica 5 Fondo demenze)	Numero di attività di sensibilizzazione avviate nel territorio di riferimento rispetto alla programmazione delle attività	Entro il 31.12.2027	ASFO	Almeno 1		Monitoraggio
				ASUFC	Almeno 1		
				ASUGI	Almeno 1		

Nel corso del 2027, le Aziende sanitarie, in collaborazione con i Servizi sociali dei Comuni dei territori coinvolti, proseguono l'attuazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria, in conformità agli indirizzi e alle modalità operative previsti dalle DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.1.1.b	Prosecuzione sperimentazione	Relazione semestrale sullo stato di avanzamento della sperimentazione nei territori coinvolti	Entro 30.06.2027 e entro 31.12.2027	ASFO	2 relazioni		Monitoraggio
				ASUFC	2 relazioni		
				ASUGI	2 relazioni		

Le strutture residenziali, in quanto nodo della rete dei servizi destinati alle persone affette da demenza, rappresentano anch'esse un setting sul quale agire prevedendo interventi specificatemente dedicati a tale target di utenza. In tal senso, l'Obiettivo specifico 2 della linea strategica 5 del Piano delle attività della Regione FVG finanziato mediante il Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026, prevede un'attività formativa rivolta agli operatori delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani al fine di rafforzarne le competenze nell'attività di assistenza.

La Regione è anche coinvolta nelle attività di disseminazione e l'implementazione della Linea guida *Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment*, predisposta dall'ISS e disponibile sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS.

L'attività di implementazione prevede la selezione di alcune raccomandazioni contenute nella Linea guida e la loro applicazione nei diversi contesti assistenziali di riferimento. A tal fine, l'ISS ha chiesto alle Regioni di individuare referenti per ciascuno dei setting destinatari della Linea guida (CDCD, strutture residenziali e servizi semiresidenziali), i quali hanno partecipato a un percorso formativo dedicato all'utilizzo di un toolkit sviluppato appositamente e hanno provveduto ad implementale la Linea guida nel proprio setting. L'attività di implementazione della Linea guida prosegue anche nel corso del 2027 e le Aziende provvedono a promuovere la partecipazione degli enti gestori delle strutture residenziali e servizi semiresidenziali a tali attività come da indicazione dell'ISS.

Si rimanda infine alle misure già declinate nei paragrafi dedicati alle strutture residenziali per anziani, in merito al programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza, e al potenziamento delle strutture semiresidenziali per anziani, che richiede la previsione specifica di nuovi servizi semiresidenziali per demenze, che costituiscono parte integrante del sistema di azioni per il miglioramento dei servizi per la demenza.

7.2 Sostegno ai caregiver

Al fine di sostenere e valorizzare il ruolo del caregiver, in coerenza con quanto previsto dal documento "*Linee generali di indirizzo per l'integrazione nel sistema sociosanitario regionale*", le Aziende sanitarie e i Ambiti territoriali affrontano la programmazione degli interventi e lo sviluppo delle progettualità a favore dei caregiver familiari nell'ambito delle Cabine di regia aziendali per l'integrazione sociosantaria, assicurando il coinvolgimento dei soggetti rappresentativi dell'utenza e degli enti del terzo settore attivi sul territorio in tale ambito.

Inoltre, nel corso del 2027, sarà resa disponibile la versione informatizzata della scheda AMD, ampliata in via sperimentale nella sezione dedicata alla rilevazione, conoscenza e valutazione del caregiver. A decorrere dalla disponibilità della scheda AMD aggiornata, le Aziende sanitarie procedono all'implementazione della sezione dedicata al caregiver per tutte le persone valutate in sede di UVM finalizzate alla presa in carico domiciliare.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.2.a	Garantire la disponibilità per mezzo di inserimento dei dati nella scheda AMD aggiornata e ampliata delle informazioni sui caregiver per tutte le persone valutate in sede di UVM finalizzate alla presa in carico domiciliare	Percentuale di dati inseriti a sistema informatico nella sezione dedicata al caregiver per tutte le persone valutate in sede di UVM finalizzate alla presa in carico domiciliare dopo il completamento della messa in produzione e disponibilità per le Aziende della scheda AMD aggiornata	100%	ASFO ASUFC ASUGI	100%		

7.3 Minori e famiglie – consultori

In continuità con gli obiettivi delle linee di gestione per il sistema sanitario regionale 2025 e 2026 che hanno portato alla definizione di accordi/protocolli operativi tra AS e ATS per la costituzione di équipe multiprofessionali funzionali all'affido famliare, anche a livello sovradistrettuale, e la conseguente costituzione delle équipe multiprofessionali sociosanitarie, operanti all'interno dei Centri servizi affido, considerato altresì l'obiettivo 6.a. assegnato agli ATS e contenuto nel documento *"Linee di programmazione regionali per la realizzazione del sistema sociale integrato di servizi e interventi – Anno 2026."* approvato con Delibera di Giunta n. 553/2026, proseguono nel 2027 le azioni di avvio e rafforzamento dei Centri servizi affido e di consolidamento delle equipe multiprofessionali. Va ricordato che a livello nazionale sono in atto una serie di percorsi interregionali di formazione e condivisione di buone prassi allo scopo di promuovere una capillare disseminazione delle Linee di indirizzo nazionali per l'affidamento familiare, approvate in Conferenza unificata l'8 febbraio 2024 tra Stato, Regioni e Province autonome.
In considerazione del valore che assume per minori e famiglie in situazioni di vulnerabilità l'affidamento familiare, nelle sue diverse declinazioni, si rende quantomai necessaria una definizione chiara delle funzioni, dei compiti e delle modalità operative dell'équipe multiprofessionali integrate sull'affido e composte da personale dedicato delle AS e degli ATS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.3.a	Aggiornamento degli accordi/protocolli operativi tra AS e ATS per la costituzione di equipe multiprofessionali funzionali all'affido famliare.	Definizione chiara negli accordi/protocolli di funzioni, compiti e modalità operative dell'équipe multiprofessionali.	Aggiorna-mento atti entro 31.05.2027	ASFO ASUGI ASUFC	entro 31.05.2027		Monito-raggio

7.4 Minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Al fine di rafforzare la collaborazione tra sistema sanitario e sistema scolastico, alla luce del progressivo aumento, sia in termini quantitativi sia in termini di complessità, delle problematiche che interessano minori e adolescenti e che richiedono una presa in carico coordinata tra i diversi contesti di vita e di cura, le Aziende sanitarie partecipano attivamente al progetto "Successo Formativo", organizzato dall'Assessorato regionale all'Istruzione in collaborazione con l'Assessorato regionale alla Salute e con l'Ufficio scolastico regionale (USR), in sinergia con la Consulta Regionale delle Associazioni delle persone con Disabilità e delle loro famiglie, con i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza delle Aziende Sanitarie, con le Strutture Complesse Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva e con i Centri Territoriali di Supporto (CTS). In particolare, i Servizi

Aziendali coinvolti, sono chiamati a promuovere, nell'ambito del progetto, la creazione di un modello di collaborazione strutturato e integrato tra servizi sanitari e istituzioni scolastiche, fondato sulla corresponsabilità, sul riconoscimento dei rispettivi ruoli e sulla condivisione di strumenti e strategie di intervento. Il progetto si propone di sviluppare la costruzione di una rete stabile di professionisti in grado di favorire l'individuazione precoce dei bisogni, l'attivazione tempestiva delle risposte più appropriate e la continuità dei percorsi di supporto.

L'intervento, anche di tipo formativo, propone un percorso a sostegno dei docenti delle scuole di ogni ordine e grado della regione per supportarli nella gestione delle crisi degli alunni con disabilità complessa e dei disturbi del comportamento anche non associati alla disabilità intellettiva, con l'obiettivo di sviluppare competenze condivise, linguaggi comuni e modalità operative coordinate nella lettura e nella gestione delle situazioni di maggiore complessità.

In coerenza con quanto già indicato al precedente paragrafo 6.7 - Servizi per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, si intende procedere con il percorso di completamento dell'offerta residenziale dedicata all'età evolutiva, tramite la realizzazione di Comunità terapeutico – riabilitative finalizzate a fornire risposta ai bisogni che richiedono interventi di tipo estensivo di cui all'art. 32, comma 3, lettera b) del DPCM 12 gennaio 2017. Nello specifico, si tratta di servizi residenziali atti a garantire trattamenti terapeutico-riabilitativi a media intensità rivolti a minori con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, caratterizzati da un quadro clinico sufficientemente stabile ma per i quali sia necessario un periodo di discontinuità rispetto al contesto di vita abituale. Le comunità terapeutiche dovranno assicurare l'attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, il coinvolgimento delle famiglie, il raccordo permanente con i servizi invianti e la predisposizione di percorsi orientati al rientro nei contesti di vita e di relazione del minore.

A tal fine, ai sensi dell'art. 20 della L.R. 22/2019, è in corso la definizione del Regolamento regionale concernente le strutture pubbliche e private che svolgono attività sanitarie e sociosanitarie a ciclo residenziale e semiresidenziale a favore di minori. A seguito dell'adozione di tale regolamento, nonché della delibera di definizione del fabbisogno regionale e della tariffa di riferimento, le Aziende sanitarie saranno chiamate ad avviare i percorsi necessari all'individuazione dei soggetti qualificati alla gestione di tali strutture.

7.5 Salute mentale

In relazione a quanto previsto dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 si intende attivare nelle Case della Comunità, in forma sperimentale, delle funzioni di assistenza psicologica in ambulatori "leggeri" finalizzate ad assicurare cure psicologiche a bassa soglia e ad intercettare precocemente situazioni di disagio psicologico che, se non adeguatamente gestite, possono evolvere in sintomi psichici o stati di cronicità. Per una miglior descrizione dei contenuti delle funzioni e attività di prevenzione e assistenza da avviare in via sperimentale presso le Case della Comunità si rinvia a quanto già esposto, *supra*, al paragrafo 6-ASSISTENZA TERRITORIALE, punto 6.1-Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali, sottopunto 6.1.1-Sviluppo delle funzioni di assistenza territoriale per il disagio psicologico, dove è previsto anche uno specifico obiettivo per l'anno 2027.

Proseguiranno le attività del Gruppo Tecnico Regionale relativo alla metodologia del Budget di salute, che manterrà il compito di:

- orientamento e sintesi documentale, anche al fine dell'individuazione di requisiti qualitativi di programmi e strumenti riabilitativi e di inclusione sociale, condivisi tra servizi sanitari, sociali, altre agenzie pubbliche, enti del terzo settore e stakeholders;
- promuovere l'apporto strutturato delle persone esperte per esperienza e in supporto tra pari nell'ambito dei programmi e delle attività avviate dai servizi, nonchè delle associazioni di famigliari e degli Enti del

Terzo Settore (ETS), incrementandone il grado di partecipazione a livello operativo, gestionale e strategico.

In particolare si realizzerà:

- una ricognizione regionale dei progetti personalizzati sostenuti con Budget di Salute orientati all'abitare, di elevata intensità assistenziale e di durata prolungata o comunque superiore a cinque anni, al fine di verificare gli esiti raggiunti e le prospettive evolutive dei progetti per favorire, quando possibile e appropriato, il passaggio a soluzioni maggiormente orientate alla domiciliarità e integrate, in collaborazione con i Servizi Sociali;
- la costruzione di un'attività regionale di valutazione partecipata, sviluppata con il coinvolgimento delle persone che utilizzano i servizi, degli esperti in supporto tra pari, delle associazioni, degli operatori e delle Università regionali. La valutazione potrà concentrarsi su diversi ambiti: percorsi specialistici di presa in carico, accessibilità e continuità delle cure, qualità percepita dei servizi, grado di ascolto e coinvolgimento delle persone nei processi decisionali.

Tra gli aspetti strategici e traversali per il consolidamento e il miglioramento dei servizi riveste particolare importanza il rafforzamento della qualità del dato, quale presupposto essenziale per supportare i processi decisionali, la programmazione e il monitoraggio delle attività. In questo contesto si inserisce il percorso di adeguamento al sistema di classificazione ICD-10-IM, previsto a livello nazionale, rispetto al quale le Aziende Sanitarie dovranno garantire il progressivo allineamento dei sistemi informativi, delle procedure operative e delle competenze professionali, assicurando la qualità e l'omogeneità delle informazioni prodotte.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.5.b	Miglioramento qualità dei dati del flusso SISM e adeguamento alle nuove disposizioni per il conferimento dati e la transizione al nuovo sistema di codifica ICD-10-IM.	Percentuale delle diagnosi ICD-10-IM inserite per i casi in carico entro il 31.12.2027	≥90%	ASFO	≥90%		Monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥90%		

7.6 Disabilità

Considerata la particolare rilevanza che la normativa nazionale attribuisce alle persone in condizione di gravissima disabilità al fine di delineare un sistema di servizi e interventi appropriato a sostegno di una fascia di popolazione di elevata complessità, è di fondamentale importanza la necessità di individuare le persone in tale condizione e monitorare l'andamento dei sostegni attivi o da attivare nei loro confronti.

Gli obiettivi formulati hanno la finalità di acquisire gli elementi utili a una corretta pianificazione e programmazione degli interventi e dei finanziamenti regionali, con particolare riferimento: alla conoscenza della popolazione in condizione di gravissima disabilità presa in carico nei territori, all'applicazione dei LEA all'interno delle strutture residenziali, all'utilizzo delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze nazionale e del Fondo per l'autonomia possibile (FAP).

A tal fine le Aziende sanitarie rendono disponibili, secondo le indicazioni della Regione, le informazioni necessarie all'identificazione e quantificazione del numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite nel proprio territorio, per tipologia di disabilità misurata secondo quanto previsto dall'articolo 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016 (in Gazz.Uff. n. 280 del 30.11.2016), con l'utilizzo delle scale di valutazione di cui all'allegato 1 dello

stesso decreto, indicando altresì se le stesse, in caso di presa in carico domiciliare, siano o meno beneficiarie del Fondo per l'autonomia possibile (FAP).

Le persone vanno individuate e censite a prescindere dal setting assistenziale, domiciliare o residenziale, al quale esse afferiscono.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.6.a	Identificare e censire le persone in condizione di disabilità gravissima presenti nel territorio di competenza	Setting domiciliare: % di persone prese in carico per le quali sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima nell'anno 2027	100%	ASUGI	100%		Monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASFO	100%		
7.6.b		Setting residenziale: % di persone prese in carico per le quali sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima nell'anno 2027	50%	ASUGI	50%		Monitoraggio
				ASUFC	50%		
				ASFO	50%		

Al fine di garantire il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento attuativo del FAP, in relazione alla valutazione della gravità e della complessità del bisogno, ai sensi dell'art. 9 (Assegno dedicato alle persone in condizione di gravissima disabilità – AGD), comma 2 del regolamento, le Aziende sanitarie sono tenute ad accertare la condizione di gravissima disabilità, sia producendo in via diretta la documentazione sanitaria attraverso la somministrazione delle apposite scale di valutazione, ovvero eventualmente confermando, a seguito di opportuna verifica, la documentazione prodotta da uno specialista in regime di convenzione o privato non convenzionato.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.6.c	Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP	Numero di accertamenti nell'anno 2027 per i quali si è rispettato il termine previsto dall'art. 13, co. 2 lett. b) del regolamento attuativo rispetto al totale degli accertamenti effettuati nel 2026 per l'accesso all'art. 9 del FAP	≥70% entro 31.12.2027	ASUGI	≥70%		Monitoraggio
				ASUFC	≥70%		
				ASFO	≥70%		

La legge regionale 14 novembre 2022, n. 16 prevede che la Regione, allo scopo di garantire alle persone con disabilità complesse le prestazioni previste dai LEA, fornisca criteri per l'identificazione dei profili di intensità dei sostegni, anche in relazione alle quote di compartecipazione.

Nell'anno 2027 le Aziende sanitarie pertanto proseguono nelle attività di rivalutazione delle persone in carico (art 17 comma 7, LR16/22) attraverso lo strumento di valutazione multidimensionale Q-VAD.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.6.d	Rivalutazione delle persone con disabilità in carico con Q-VAD	% persone in carico valutate con Q-VAD e relativi dati inseriti nel sistema informatico dedicato	≥60% entro 31.12.2027	ASUGI	≥60%		Monitoraggio
				ASUFC	≥60%		
				ASFO	≥60%		

In linea con gli anni precedenti, prosegue l'impegno delle Aziende sanitarie nella formazione del personale della SOC disabilità che si occuperà della valutazione multidimensionale con strumento Q-VAD, assicurandone l'acquisizione delle competenze necessarie alla realizzazione delle attività di progettazione personalizzata (art.23, comma 3, LR 16/22) e alla relativa abilitazione al sistema informativo dedicato.

A seguito delle previsioni del dlgs 62/2024 (Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato), che ha disposto su alcuni territori per le annualità 2025 e 2026 una fase di sperimentazione delle procedure, la Regione ha emanato alcuni indirizzi (da ultimo con DGR n. 550/2026) al fine di accompagnare i territori nell'attuazione della predetta disciplina, che entrerà in vigore su tutto il territorio nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2027, fermo restando che, nelle more di un aggiornamento di tali indirizzi a seguito del completamento della fase sperimentale, le indicazioni ivi contenute sono da ritenersi valide per l'intero territorio regionale.

Le aziende sanitarie sono tra i principali attori chiamati a garantire il rispetto delle procedure e delle attività riguardanti la predisposizione dei progetti di vita delle persone con disabilità nelle Unità di valutazione multidimensionale (UVM). Al riguardo le aziende, in integrazione con i competenti Ambiti territoriali sociali (ATS), al fine di garantire il rispetto dei termini della conclusione del procedimento per la formazione del progetto di vita entro 180 giorni - come previsto dall'articolo 7, comma 6 della legge regionale 29 dicembre 2025, n. 18, in conformità all'art. 23, comma 7 del Dlgs. 62/2024 - partecipa e/o coordina, sulla base dei predetti indirizzi di cui alla DGR 550/2026, le UVM nel rispetto delle tempistiche previste.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.6.e	Partecipazione e/o coordinamento delle UVM garantendo il rispetto delle tempistiche previste	Numero di progetti di vita redatti secondo il format regionale approvato con DGR 550/2026 per i quali sono rispettati i termini previsti rispetto al totale dei progetti sottoscritti nel 2027.	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥90%		Monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥50%		

In conformità alle previsioni di cui all'articolo 33, comma 2 del dlgs. 15 marzo 2024 n. 29, al fine di integrare nella rete dei servizi e degli interventi per persone con disabilità del territorio di Trieste il nucleo sperimentale per persone con disabilità divenute anziane "Centro diurno Maffei", con l'applicazione dei LEA di cui all'articolo 34 del DPCM 12 gennaio 2017, nonché di garantire la continuità dei servizi in essere, fermi restando gli standard assistenziali minimi già garantiti agli ospiti della struttura in conformità all'autorizzazione vigente, l'ASUGI adotta le opportune strategie per garantire la personalizzazione degli interventi in relazione agli specifici bisogni assistenziali delle persone ospitate, anche attraverso l'istituto dell'accomodamento ragionevole, di cui all'art. 5 bis della legge 104/1992.

Allo scopo l'ASUGI provvede nel corso del 2027 alla revisione del progetto personalizzato di ogni singolo ospite con disabilità, nel quale viene evidenziato l'accomodamento ragionevole atto a garantire l'opportuno sostegno al fine dell'applicazione delle quote LEA.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.6.f	Garantire la personalizzazione degli interventi al fine dell'applicazione dei LEA attraverso l'istituto dell'accomodamento ragionevole	Numero di progetti personalizzati rivalutati rispetto agli ospiti accolti nell'anno 2027	90%	ASUGI	90%		Supporto e monito-raggio

Infine prosegue, in linea con le disposizioni della LR 16/2022, il processo regionale di innovazione, riconfigurazione e riqualificazione dei servizi per le persone con disabilità. Considerato che, sono in fase di elaborazione i nuovi requisiti dei sistemi di autorizzazione e accreditamento dei servizi nell'area della disabilità, la cui definizione è prevista per il 2027, le eventuali successive procedure di esternalizzazione dovranno conformarsi a tali requisiti, assicurandone il pieno recepimento negli atti di gara.

7.7 Dipendenze

La Legge 30 dicembre 2024, n. 207, all'articolo 1, commi 367-370, ha istituito il Fondo per le Dipendenze Patologiche, finalizzato a sostenere le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da dipendenze patologiche. Nell'ambito di tale cornice normativa, il Decreto del Ministero della Salute 10 luglio 2025 ha definito i criteri per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi regionali, mentre il Decreto del Ministero della Salute 1° agosto 2025 ha disposto il riparto delle risorse tra le Regioni per il triennio 2025-2027. La programmazione si pone, inoltre, in continuità con gli indirizzi strategici del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025, che promuove approcci integrati, multidisciplinari e orientati all'intercettazione precoce dei bisogni, alla presa in carico personalizzata e all'inclusione sociale.
In attuazione di tale quadro programmatorio, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha approvato in via definitiva, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 242 del 27 febbraio 2026, il Piano regionale triennale per il gioco d'azzardo patologico e per le dipendenze patologiche 2025-2027, individuando priorità, obiettivi strategici e linee di intervento finalizzate al rafforzamento della rete dei servizi, all'innovazione dei modelli organizzativi e alla promozione di percorsi integrati di prevenzione, cura, riabilitazione e inclusione sociale.
In coerenza con le disposizioni nazionali e regionali sopra richiamate, per l'anno 2027 le Aziende Sanitarie sono chiamate a perseguire i seguenti obiettivi, quale declinazione operativa delle priorità individuate dal Piano regionale, al fine di rafforzare la capacità dei servizi di rispondere ai bisogni emergenti e alla crescente complessità del fenomeno delle dipendenze
Di particolare rilevanza strategica, anche in considerazione dell'evoluzione dei fenomeni di consumo e dell'emergere di nuove forme di dipendenza, risulta l'azione finalizzata alla trasformazione strutturale e funzionale dei Servizi per le Dipendenze (SerD) attraverso la progettazione e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi, orientati all'intercettazione precoce e alla presa in carico integrata delle persone con comportamenti riconducibili a dipendenze da sostanze psicoattive e dipendenze comportamentali.
L'obiettivo è rafforzare la capacità del sistema regionale di fornire risposte tempestive, appropriate e personalizzate ai bisogni emergenti, con particolare attenzione alle persone con dipendenze da sostanze emergenti. Particolare attenzione dovrà inoltre essere riservata alle situazioni caratterizzate da elevata complessità clinica e sociale, quali doppia diagnosi, co-occorrenze internistiche e presenza concomitante di fattori di vulnerabilità e rischio.

Tale azione rappresenta una leva strategica per l'innovazione della rete regionale delle dipendenze, favorendo lo sviluppo di modelli organizzativi sostenibili, replicabili e orientati alla prossimità, all'inclusione sociale, alla riduzione del danno e al miglioramento degli esiti di salute delle persone prese in carico.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.7.a	Orientare il sistema affinché fornisca risposte appropriate in termini di diagnosi e cura per le persone con dipendenze da sostanze emergenti	Incremento nell'anno 2027 rispetto all'anno 2026 del numero delle persone in carico con dipendenze da sostanze emergenti	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥3%		Monitoraggio
				ASUFC	≥3%		
				ASUGI	≥3%		
		Numero di persone che presentano uso di sostanze/comportamenti problematici e concomitanti fattori di rischio intercettate	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥10		Monitoraggio
				ASUFC	≥10		
				ASUGI	≥10		

Un secondo ambito di intervento strategico riguarda lo sviluppo di modelli di presa in carico specificamente dedicati alla popolazione giovanile, con particolare riferimento ai soggetti di età inferiore ai 25 anni, al fine di garantire un accesso precoce ai servizi e la realizzazione di percorsi terapeutici, riabilitativi ed educativi integrati e personalizzati.

L'obiettivo è adeguare l'offerta sanitaria e sociosanitaria all'evoluzione dei bisogni clinici e psicosociali emergenti in questa fascia di popolazione, caratterizzata da una crescente diffusione di comportamenti di consumo a rischio, dipendenze comportamentali, vulnerabilità relazionali e frequenti condizioni di comorbilità psichiatrica. A tal fine, le Aziende Sanitarie sono chiamate a sviluppare, laddove non già presenti, modelli organizzativi e assistenziali dedicati, caratterizzati da elevata accessibilità, flessibilità operativa e capacità di intercettazione precoce dei bisogni.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla continuità assistenziale e all'integrazione tra i Servizi per le Dipendenze, i Servizi di Salute Mentale e la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, al fine di garantire una presa in carico multidisciplinare delle situazioni più complesse. L'intervento dovrà inoltre valorizzare il ruolo delle famiglie, attraverso l'attivazione di percorsi di sostegno e accompagnamento finalizzati al rafforzamento delle competenze genitoriali e alla partecipazione attiva al progetto terapeutico.

Tale azione rappresenta un elemento strategico per il rafforzamento della capacità del sistema regionale di rispondere in modo tempestivo ed efficace ai bisogni emergenti della popolazione giovanile, promuovendo percorsi di cura appropriati, inclusivi e orientati al progetto della persona.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.7.b	Garantire in tutta la regione agli under 25 luoghi e percorsi di cura dedicati che prevedano la presa in carico anche del nucleo familiare	Presenza di setting e modelli specifici di presa in carico per il target under 25	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥1		Monito-raggio
				ASUFC	≥1		
				ASUGI	≥1		
		Aumento della presa in carico nella fascia d'età under 25 nell'anno 2027 rispetto all'anno 2026	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥10%		Monito-raggio
				ASUFC	≥10%		
				ASUGI	≥10%		

Un terzo obiettivo strategico riguarda lo sviluppo e la sperimentazione di un modello regionale condiviso di valutazione multidimensionale delle persone con dipendenza patologica, finalizzato a garantire maggiore omogeneità, appropriatezza ed equità nei percorsi di presa in carico.
L'obiettivo è dotare i servizi di uno strumento valutativo uniforme e fondato su un set minimo comune di informazioni, in grado di supportare la definizione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) e di orientare gli interventi sulla base di una lettura integrata delle dimensioni cliniche, psicologiche, sociali, relazionali e funzionali della persona. Tale approccio consentirà di superare le attuali disomogeneità valutative, promuovendo una maggiore coerenza nei processi decisionali e nella presa in carico sull'intero territorio regionale.
Le Aziende Sanitarie saranno coinvolte nel percorso di definizione, sperimentazione e progressiva adozione dello strumento, contribuendo alla verifica della sua applicabilità, sostenibilità operativa e capacità di supportare la personalizzazione degli interventi. Particolare attenzione sarà dedicata alla definizione di modalità di utilizzo condivise e all'integrazione dello strumento nei processi assistenziali e organizzativi dei servizi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.7.c	Uniformare a livello regionale l'assessment multidimensionale per orientare la pianificazione personalizzata nei percorsi terapeutico-riabilitativi	Prima bozza di strumento di VMD condivisa tra AASS nell'ambito della CdP dipendenze	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥1	Coordinamento	Monitoraggio
				ASUFC	≥1		
				ASUGI	≥1		

Un'ulteriore azione di rilievo prevista dal Piano regionale riguarda il rafforzamento del sistema regionale di monitoraggio, valutazione e produzione di conoscenza sul fenomeno delle dipendenze, attraverso il consolidamento del ruolo dell'Osservatorio Regionale delle Dipendenze quale strumento tecnico di supporto alla programmazione, alla governance e alla valutazione delle politiche regionali.
L'obiettivo è migliorare la qualità, l'omogeneità e l'integrazione del flusso informativo regionale, al fine di garantire una lettura tempestiva e accurata dell'evoluzione dei fenomeni di dipendenza e dei bisogni della popolazione. A tal fine, le Aziende Sanitarie sono chiamate a concorrere al rafforzamento dei processi di raccolta, validazione e analisi dei dati, promuovendo l'utilizzo uniforme degli strumenti informativi regionali e l'adozione di procedure condivise.
Nell'ambito di tale percorso assume particolare rilevanza l'adeguamento dei sistemi informativi e delle pratiche di codifica alla transizione verso il nuovo sistema di classificazione ICD-10-IM, previsto a livello nazionale, al fine di garantire qualità, confrontabilità e interoperabilità dei dati epidemiologici e di attività. Le Aziende Sanitarie dovranno pertanto assicurare il progressivo allineamento dei sistemi di rilevazione, delle procedure operative e delle competenze professionali necessarie alla gestione della nuova classificazione.
Il miglioramento della qualità del dato sarà supportato anche dalla Comunità di Pratica regionale, quale strumento di raccordo tra i diversi soggetti della rete delle dipendenze, finalizzato alla condivisione di procedure, criteri di rilevazione e buone pratiche, favorendo una maggiore uniformità e affidabilità del flusso.
Tale azione rappresenta una leva strategica per promuovere una cultura della programmazione e della valutazione basata sulle evidenze, rafforzando la capacità del sistema regionale di orientare le proprie scelte sulla base di dati affidabili, comparabili e aggiornati e di accompagnare efficacemente i processi di innovazione richiesti a livello nazionale e regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.7.d	Miglioramento qualità dei dati del flusso SIND e adeguamento alle nuove disposizioni per il conferimento dati e la transizione al nuovo sistema di codifica ICD-10-IM.	Percentuale delle diagnosi ICD-10-IM inserite per i casi in carico	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥90%		Monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥90%		
		Percentuale di dati relativi alla tipologia di addiction ricodificati secondo le indicazioni	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥90%		Monitoraggio
				ASUFC	≥90%		
				ASUGI	≥90%		
		Percentuale di riduzione dei record scartati dal flusso SIND per mancanza di informazioni minime obbligatorie	Entro il 31.12.2027	ASFO	≥5%		Monitoraggio
				ASUFC	≥5%		
				ASUGI	≥5%		

7.8 Interventi per la salute mentale di comunità e del benessere dei giovani

Il tema dei giovani si caratterizza per un elevato grado di trasversalità tra i servizi, coinvolgendo una pluralità di soggetti sia interni alle Aziende sanitarie — i servizi di pediatria, disabilità, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, la salute mentale, l'integrazione lavorativa — sia esterni, tra cui i servizi sociali, il sistema scolastico, le politiche per la famiglia e le politiche per l'inserimento lavorativo, con i rispettivi enti, istituzioni e servizi di riferimento.

Ciò evidenzia l'elevata natura sociosanitaria degli interventi rivolti ai giovani, che richiede un confronto costante con gli attori sociali e con gli altri soggetti della comunità. Un'adeguata integrazione interna tra i servizi aziendali costituisce, in tal senso, condizione preliminare e propedeutica per potersi interfacciare efficacemente con l'esterno.

In tale prospettiva, le Aziende sanitarie provvedono a definire un coordinamento interno dedicato alla salute e al benessere dei giovani, quale rete che coinvolge, oltre oltre ai servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA), i servizi di pediatria, i servizi per la disabilità, i consultori familiari, i servizi per le dipendenze e gli interventi per l'integrazione lavorativa. In ragione della predetta necessità di garantire un'integrazione interna e esterna, tale coordinamento ha come referente la Direzione sociosanitaria, affiancata - con responsabilità primaria condivisa - dal Direttore della Salute Mentale e del direttore dei servizi di NPIA.

Le politiche nazionali di settore - il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), il Piano di Azione Nazionale Dipendenze (PAND) e il Piano nazionale di azione e di interventi per l'infanzia e l'adolescenza - convergono nell'orientare il sistema dei servizi verso un modello capace di integrarsi in senso multisettoriale e di svilupparsi in seno alle comunità, secondo una logica di integrazione sociosanitaria, di lettura anticipata dei bisogni, di programmazione e coproduzione dei servizi, nonché di valorizzazione della dimensione comunitaria dei programmi riabilitativi e degli interventi sociali.

Per riorientare e sviluppare il sistema dei servizi in tale direzione, è opportuno che i servizi aziendali si configurino secondo modelli idonei sia a sviluppare interventi territoriali di natura trasversale e unitaria, sia a costruire azioni in sinergia con gli attori delle altre dimensioni coinvolte - politiche sociali, scuola, lavoro, famiglia - e con gli attori della comunità partner nel sistema di offerta dei servizi, in particolare il terzo settore e il privato sociale.

A tal fine, le Aziende, avvalendosi del coordinamento sopra definito sviluppano un documento di programmazione

strategica che affronti i seguenti temi :

- la strategia aziendale per l'integrazione dei servizi sanitari nell'offerta territoriale;
- gli orientamenti per la committenza, con riferimento alle opzioni competitive e collaborative;
- il quadro degli interventi per l'integrazione sul territorio e per la coproduzione dei servizi;
- l'evidenza del ciclo della programmazione, del monitoraggio degli interventi e dell'impiego delle risorse del territorio.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
7.8.a	Migliorare il sistema di interventi a favore dei giovani	Invio alla DCS di un documento recante: - le modalità di integrazione fra i servizi aziendali coinvolti - strategia di sviluppo della salute mentale di comunità	Invio entro il 30.06.2027	ASFO	entro il 30.06.2027		Monitoraggio e supporto
				ASUFC			
				ASUGI			

Infine, avvalendosi della Cabina di Regia aziendale dell'integrazione sociosanitaria, assicurando la partecipazione degli stakeholder pertinenti, il coordinamento sviluppa proposte di azione finalizzate a interventi di respiro più ampio, che coinvolgano gli altri settori sociale, familiare, scolastico, lavorativo e abitativo, perseguendo una strategia complementare, coordinata e sinergica con gli altri atti e percorsi di pianificazione (tra cui il Programma triennale di politiche integrate per la famiglia di cui alla DGR n. 1201 del 7 agosto 2026), in attuazione degli indirizzi nazionali e tenendo conto degli esiti del percorso di co-produzione che ha visto coinvolte le tre Aziende sanitarie nel progetto "EU-Promens — Promozione della salute mentale e del benessere dei giovani. Esiti territoriali e prospettive di sviluppo".

7.9 Inclusione lavorativa

Sotto il profilo della promozione dell'inclusione lavorativa delle persone in condizione di fragilità e svantaggio, prosegue l'impegno delle Aziende sanitarie attraverso i canali dell'inserimento lavorativo (SIL) per persone con disabilità complesse, l'adesione alle procedure di assunzione tramite il collocamento mirato e la stipula di convenzioni ai sensi della legge 381/1991 in materia di cooperazione sociale.
Con Delibera di Giunta regionale n. 448 del 2 aprile 2026, la Regione ha adottato gli indirizzi per la promozione dell'inclusione lavorativa di persone svantaggiate negli appalti pubblici regionali, riconoscendo negli affidamenti di contratti pubblici uno strumento strategico di politica sociale, in coerenza con i principi costituzionali di solidarietà e di uguaglianza sostanziale e con quanto previsto dall'articolo 61 del d.lgs. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici). Nello specifico, la delibera promuove l'utilizzo di strumenti idonei a favorire l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate nelle procedure di affidamento dell'Amministrazione regionale, degli enti regionali e strumentali e degli Enti del Servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alla stipulazione di contratti riservati a operatori economici e cooperative sociali il cui scopo principale sia l'integrazione sociale e professionale delle persone con disabilità o svantaggiate. Le Aziende sanitarie sono direttamente coinvolte nell'attuazione di tali indirizzi e ne tengono adeguata considerazione nelle fasi di stipula dei contratti futuri.

8. ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI

In conformità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2027 le Aziende continueranno a promuovere azioni volte ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). Gli Enti perseguiranno, altresì, ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella degli acquisti diretti (ospedaliera, diretta e DPC).

8.1 Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici

L'art. 1, comma 223 della Legge di Bilancio per l'annualità 2024 (Legge 30 dicembre 2023, n. 213) ha previsto che il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, sia rideterminato, rispetto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 281, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, nella misura dell'8,5 per cento a decorrere dall'anno 2024.

Conseguentemente, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è stato fissato al 6,8 per cento a decorrere dal medesimo anno. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica).

Inoltre, l'art.1, commi 369 e 370, della Legge di Bilancio 2026 (Legge 30 dicembre 2025, n. 199 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028) definisce che, dal 1° gennaio 2026, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso al finanziamento sanitario corrente, tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno accesso alle risorse del Fondo dei farmaci innovativi di cui all'articolo 1, comma 283, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.

Per quanto riguarda i dispositivi medici la stessa Legge n. 199/2025 ha rideterminato il tetto di spesa nazionale fissandolo al 4,6% del Fondo Sanitario Nazionale, mentre restano confermate le procedure per la determinazione dei tetti di spesa regionali previste dal D.L. 78/2015, articolo 9-ter, comma 1, lettera b).

8.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale

Per il 2027, allo scopo di incrementare l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici, e dei farmaci a maggior consumo in ambito territoriale, si introduce un indicatore relativo agli antibiotici nella popolazione over 14, un indicatore relativo al colecalciferolo nella popolazione maggiorenne e un indicatore relativo al monitoraggio dei soggetti sopra i 65 anni che assumono più di 10 farmaci diversi contemporaneamente (V livello di ATC).

Per la definizione delle soglie si fa riferimento, ove disponibile, al sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali (c.d. Bersaglio) della Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.2.a (DDD COLECALCIFEROLO)	Contenimento del consumo di colecalciferolo negli adulti (≥ 18 anni), in coerenza con i criteri di rimborsabilità della Nota AIFA 96 e con il sistema di valutazione Bersaglio della Scuola Superiore S. Anna di Pisa	(DDD colecalciferolo erogate nei pazienti ≥ 18 anni/popolazione maggiorenne pesata al 1° Gen. anno di riferimento x 365) Fattore moltiplicativo: *1000 Ambito dell'assistenza convenzionata	Obiettivo raggiunto DDD/1000 ab die 2027 < valore 2026 (soglie di riferimento: classi target Bersaglio S. Anna) (valore proiezione gen – mar 2026= 156)	ASFO	- Obiettivo raggiunto se DDD/1000 ab/die < 150; - parzialmente raggiunto se DDD/1000 ab/die = [150 – 170] - non raggiunto se > 170 (valore proiezione gen–mar 2026 = 200)		Monito-raggio seme-strale
				ASUFC	- Obiettivo raggiunto se DDD/1000 ab/die < 130; - parzialmente raggiunto se DDD/1000 ab/die = [130 – 150]; - non raggiunto se > 150. (valore proiezione gen–mar 2026 = 175,2)		
				ASUGI	Obiettivo raggiunto se valore 2027 ≤ valore 2026 (valore proiezione gen–mar 2026 = 94,4)		
8.2.b (POLI)	Riduzione della percentuale di pazienti over 65 in politerapia, con particolare riferimento a coloro che assumo più di 10 farmaci diversi (V livello di ATC) nel periodo. Periodo di riferimento maggio-	(N. di assistiti over 65 con più di 10 farmaci in contemporanea/popolazione residente al 1° gennaio anno riferimento con età ≥ 65 anni) * 100 indicatore Bersaglio S. Anna C6.8.2	riduzione del 5% rispetto al valore del 2026 (valore regionale 2025 = 6.5)	ASFO	Obiettivo raggiunto se riduzione del 5% rispetto al valore del 2026 Obiettivo parzialmente raggiunto se valore 2027 ≤ valore 2026 (valore 2025: 6.5)	Monito-raggio seme-strale	Coordi-namento con ARCS

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	luglio.			ASUFC	Obiettivo raggiunto se riduzione del 5% rispetto al valore del 2026 Obiettivo parzialmente raggiunto se valore 2027 ≤ valore 2026 (valore 2025: 6.8)		
				ASUGI	Obiettivo raggiunto se riduzione del 5% rispetto al valore del 2026 Obiettivo parzialmente raggiunto se valore 2027 ≤ valore 2026 (valore 2025: 6.2)		
8.2.c (ANTIBIOTICI)	Riduzione del consumo di antibiotici età ≥ 14 anni	DDD antibiotici erogate (ATC J01) /Popolazione residente al 1° Gen. anno di riferimento con età ≥ 14 anni x 365 (n. giorni) Fattore moltiplicativo: *1000 (soglia di riferimento: classi target Bersaglio S. Anna C9.8.1.1.1)	DDD per 1.000 ab/die in range [11 - 8.7] (val regionale 2025 = 11.6) (soglia di riferimento: classi target Bersaglio S. Anna)	ASFO	DDD per 1.000 ab/die in range [11 - 8.7] (val 2025 = 11.9)	Monito-raggio quadrime-strale	
				ASUFC	DDD per 1.000 ab/die in range [11 - 8.7] (val 2025 = 11.4)		
				ASUGI	DDD per 1.000 ab/die in range [11 - 8.7] (val 2025 = 11.6)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.2.d (LEVOTIR OS)	Incremento della percentuale di DDD erogati in forma solida del p.a. Levotiroxina (compresse intere e divisibili) fino al 92%, riducendo all' 8% la quota di formulazioni liquide e contenendo la spesa annua.	% incremento di utilizzo di ff solide del p.a. Levotiroxina	% Forme Solide = DDD forme solide / (DDD forme solide + DDD forme liquide) > 92% (valore regionale gen-aprile 2026: 87,1%)	ASFO	Obiettivo raggiunto se: > 92 % Obiettivo parzialmente raggiunto se compreso tra 90 e 92 % Non raggiunto se < 90% (val gen–aprile 2026 = 85,3 %)		Monito-raggio seme-strale
				ASUFC	Obiettivo raggiunto se: > 92 % Obiettivo parzialmente raggiunto se compreso tra 90 e 92 % Non raggiunto se < 90% (val gen–aprile 2026 = 85,8%)		
				ASUGI	Obiettivo raggiunto se: > 92 % Obiettivo parzialmente raggiunto se compreso tra 90 e 92 % Non raggiunto se < 90% (val gen–aprile 2026 = 90,1%)		

8.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Le Aziende, nel rispetto di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale antecedenti, continuano a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) assicurando il mantenimento della copertura delle prescrizioni personalizzate (> 95%), con particolare riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale con iter elettronico tramite PSM.

In particolare, nel corso del 2027 l'attività sarà dedicata al monitoraggio dell'andamento prescrittivo dei PT presso le Case di Cura Private accreditate (cartaceo e informatizzato che i Privati accreditati trasmettono ai Servizi farmaceutici territoriali e alle Farmacie ospedaliere delle Aziende sanitarie) e della conseguente erogazione del primo ciclo.

Inoltre, le Aziende, in linea con quanto raggiunto nel 2026, continuano ad assicurare l'inserimento della residenza

del paziente con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo (oncologici e non) erogati in regime di ricovero o ambulatoriale (Regione e AS), anche al fine di valutare una possibile attivazione della mobilità intra-regionale.

Gli Enti continuano a garantire almeno il 75% di PT informatizzati attraverso l'applicativo PSM-PT sul totale degli emessi. In ogni caso, si continuerà a monitorare l'andamento dei PT informatizzati nel corso dell'anno.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.3.a (PT INFORMATIZZATI BIS)	Sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo ≥ 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2026 ≥ 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie Modalità di valutazione: Obiettivo raggiunto: PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie Obiettivo parzialmente raggiunto: PT cartaceo < 50% in 3 o 4 categorie Obiettivo non raggiunto: PT cartaceo < 50% in meno di 3 categorie	ASFO	Vedi Target	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monito-raggio trime-strale
				ASUFC	Vedi Target		
				ASUGI	Vedi Target		
				BURLO	Vedi Target		
				CRO	Vedi Target		
8.3.b (PT PRIVATI)	Incremento dell'utilizzo del l'applicativo PSM per la redazione dei PT informatizzati nelle Case di Cura private accreditate	Nelle Case di Cura private accreditate: PT informatizzati / totale PT redatti dalla struttura privata accreditata (dato fornito dall'Azienda) *100	% PT informatizzati ≥ 50%	ASFO	% PT informatiz-zati ≥ 50%		Monito-raggio quadri-mestrale
				ASUFC			
				ASUGI			
8.3.c (1° CICLO PRIVATI)	Avvio erogazione del primo ciclo di terapia nelle Case di Cura private accreditate tramite applicativo PSM	Nelle Case di Cura private accreditate: erogazione del primo ciclo di terapia tramite PSM / totale erogazione del primo ciclo di terapia (dato fornito dall'Azienda) *100	% erogazione primo ciclo ≥ 90% Modalità di valutazione: Obiettivo raggiunto: % erogazione primo ciclo ≥ 90% Obiettivo parzialmente raggiunto: % erogazione primo ciclo [60 % - 89%] Obiettivo non raggiunto % erogazione primo ciclo < 60%	ASFO	Vedi Target		Monitora ggio quadrime strale
				ASUFC	Vedi Target		
				ASUGI	Vedi Target		

8.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) di medicinali e dispositivi

Nell'ambito dei LEA gli Enti del SSR provvedono alla:

- distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
- erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale

secondo le direttive regionali sia attraverso le proprie Strutture che le Strutture private accreditate convenzionate con il SSR, privilegiando la distribuzione di molecole il cui rapporto di costo-efficacia risulti vantaggioso nel contesto della cronicità territoriale

Nel rispetto del nuovo Accordo quadro sulla Distribuzione per conto dei medicinali di cui alla DGR n. 903/2026, le Aziende assicurano attuazione ai contenuti, massimizzandone l'efficienza e attivando i percorsi per favorire l'utilizzo

dei medicinali con miglior profilo costo-efficacia negli ambiti terapeutici a maggior impatto di spesa.

In continuità con la gara CONSIP 2024, propedeutica all'avvio nel 2025 della distribuzione in DPC delle strisce per la rilevazione della glicemia su tutto il territorio regionale (DGR 1007/2023 così come integrato dall'Accordo integrativo ex DGR n. 1111/2025), a far data da gennaio 2027, secondo quanto predisposto dalla DGR n. 903/2026, con le medesime modalità, sarà avviata la distribuzione in DPC anche degli altri dispositivi monouso per il trattamento dei pazienti diabetici inizialmente non ricompresi.

Pertanto, nel 2027, le Aziende Sanitarie mantengono l'erogazione in DPC delle strisce per la misurazione della glicemia capillare (e glucometri abbinati) e di tutti i DM ricompresi nel nuovo accordo, sensibilizzando i prescrittori all'utilizzo dello strumento e monitorandone l'andamento.
Le Aziende continuano inoltre a promuovere le progettualità inerenti la Farmacia dei Servizi (area diabete).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.4.a (MOD DIABETE)	Le AS/ASU mantengono l'erogazione in DPC delle strisce per la misurazione della glicemia capillare (e glucometri abbinati) e di tutti i DM ricompresi nell'accordo, monitorandone l'andamento assieme ad ARCS e DCS trasmettendo un report di monitoraggio semestrale, al fine di assicurare la dematerializzazione del percorso entro fine anno	% prescrizioni modulo informatizzato ed erogazione DPC DM diabete ≥ 90% entro il 31.12.2027 Invio report semestrale andamento attività alle DCS	entro 31.12.2027 ≥ 90% DM diabete Invio report I semestre: entro il 31.07.2027 Report annuale entro il 31.01.2028)	ASFO	entro 31.12.2027≥ 90% DM diabete Invio report di monitoraggio attività semestrale alla DCS (I semestre entro il 31.07.2027; Report annuale entro il 31.01.2028)	Monito-raggio condiviso	Monito-raggio seme-strale attività di concerto con ARCS e INSIEL
				ASUFC			
				ASUGI			
8.4.b (FDS DIABETE)	Monitoraggio dell'andamento delle progettualità sulla Farmacia dei Servizi (area diabete) avviate nel 2026 nell'azienda pilota e nelle altre aziende a seguito della loro estensione	Produzione di un report dati semestrale che descriva le attività per ciascun progetto avviato e per territorio di competenza in termini di: farmacie aderenti per progettualità, obiettivi e risultati attesi del periodo, indicatori etc, secondo un format condiviso tra DCS, ARCS e Aziende	Produzione di due report dati semestrali	ASFO	Report I semestre: entro il 31.07.2027 Report annuale entro il 31.01.2028		Monito-raggio seme-strale
				ASUFC			
				ASUGI			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.4.c (PROPOSTA FDS)	ARCS, nell'ambito di un gruppo ristretto del Gruppo Tecnico DPC, eventualmente integrato da ulteriori professionisti per favorire la multidisciplinarità con figure di esperti in conformità all'art.10 dell'Allegato 1 alla DGR 903/2026, e con il supporto della Rete Diabetologica, formula un'unica proposta di vademecum regionale per la gestione del paziente che prende parte alle progettualità della Farmacia dei servizi – area diabete Il vademecum ha lo scopo di suggerire percorsi che favoriscano la corretta gestione e presa in carico del paziente che si reca in farmacia e prende parte alle progettualità della Farmacia dei Servizi – area diabete, tenendo conto dei diversi scenari che possono presentarsi durante il percorso assistenziale.	Proposta di vademecum che favorisca la corretta presa in carico del paziente che prende parte alle attività della Farmacia dei Servizi – area diabete entro il 31/03/2027	Coordinamento e presentazione alla DCS della proposta di vademecum entro il 31/03/2027	ARCS	Coordinamento e presentazione alla DCS della proposta di vademecum entro 31/03/2027	Coordi-namento	Valuta-zione proposta
			Partecipazione alle attività	ASUFC	Partecipa-zione alle attività		
				ASUGI			
				ASFO			

8.5 Farmacovigilanza

Al fine di individuare le aree di potenziale sottosegnalazione in ambito ospedaliero, gli obiettivi di farmacovigilanza nel 2027 si pongono in continuità con quelli già definiti nelle Linee di Gestione del SSR 2026. In tale contesto, si intende perseguire il miglioramento della qualità e della completezza del dato di farmacovigilanza, promuovendo l'aumento del numero di schede di segnalazione con indicazione del Dipartimento di afferenza del segnalatore operatore sanitario. Parallelamente, sarà implementato un sistema di feedback strutturato e standardizzato rivolto ai professionisti sanitari, finalizzato a valorizzarne il contributo, favorire il consolidamento della cultura della segnalazione e orientare l'adozione di eventuali interventi mirati e calibrati sulle specifiche esigenze emerse dall'analisi dei dati di farmacovigilanza.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo DCS
8.5.a (FV 1)	Indicazione del Dipartimento (campo C.2.r.2.2 - Dipartimento) di afferenza del segnalatore operatore sanitario ospedaliero nella sezione "C. Segnalatore"	Schede con indicazione Dipartimento (segnalatore o.s. ospedaliero) / Totale schede con segnalatore o.s. ospedaliero ≥90%	≥90%	ASFO ASUGI ASUFC BURLO CRO	≥90%	Monito-raggio seme-strale
8.5.b (FV 2)	Redazione ed inoltro al CRFV di una proposta di nuovo Modello Standard da seguire per l'elaborazione dell'informazione di ritorno (feedback) all'operatore sanitario che ha segnalato un evento avverso grave.	Invio entro il 30.06.2027 proposta nuovo Modello Standard del feedback per il segnalatore o.s. (ADR gravi)	Inoltro proposta entro il 30.06.2027	ASFO ASUGI ASUFC BURLO CRO	Inoltro proposta entro il 30.06.2027 Comunicazione inviata nei termini e congrua nei contenuti: sì/no	Monito-raggio

8.6 Sperimentazione clinica, ricerca e innovazione

Per l'attività relativa al presente punto si rinvia a quanto contenuto *infra* al paragrafo 15 (ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ), punto 15.2-Attività di ricerca e innovazione, sottopunto 15.2.2-Sperimentazione clinica (alla pagina 232).

8.7 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica

Al fine di favorire l'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo efficacia, fermo restando l'autonomia prescrittiva del medico, all'interno delle molecole aggiudicatarie di gara aventi le medesime indicazioni rimborsate (es. biosimilare, differenti formulazioni dello stesso farmaco etc.), le Aziende intraprendono iniziative volte ad assicurare il ricorso alle opzioni terapeutiche a minor costo, anche tenendo conto delle ricadute ospedale-territorio. In tutti i casi in cui, in ambito farmaceutico, risulti disponibile l'alternativa a brevetto scaduto, le Aziende provvedono a rafforzare una concreta azione di promozione dell'impiego degli equivalenti/biosimilari evitando ingiustificati effetti mix nelle prescrizioni.

Nel caso in cui, in corso d'anno, si verifichi la perdita della copertura brevettuale, ARCS informa tempestivamente le Aziende/IRCCS, le quali danno celere comunicazione dei fabbisogni della molecola che ha perso la tutela brevettuale. Una volta disponibile il farmaco equivalente gli Enti del SSR ne promuovono l'impiego con la massima celerità ai singoli reparti interessati includendo il farmaco equivalente/biosimilare nelle liste di "prescrizione agevolata" (cfr. schedone).

Tra gli indicatori proposti e dedicati all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici e biosimilari a minor costo figurano indicatori tratti dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2025", redatto dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa.

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le Aziende assicurano azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR, nel rispetto del quadro normativo di settore e in accordo con il terzo position paper e l'analisi di sicurezza dei biosimilari dell'AIFA. Per il 2027 si introducono, inoltre, indicatori dedicati all'impiego, a parità di efficacia, delle opzioni con valutazione economica più favorevole per il SSR nell'ambito del colecalciferolo, degli anticoagulanti orali e del biosimilare di denosumab 60 mg.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.a (TEMPISTICHE ARCS)	Procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci per tutte le aziende sanitarie qualora siano: - Farmaci utilizzati nel canale ospedaliero; - Farmaci erogabili su prescrizione di Centri individuati dalla Regione; - Farmaci Innovativi; - Farmaci con erogazione principale in distribuzione diretta (anche farmaci elenco legge 648/1996); - Farmaci classe A-PHT (sia per uso in DPC che ospedaliero) nel rispetto delle tempistiche	Svolgimento delle procedure di gara ordinarie: 45 giorni (calcolati dal giorno di richiesta effettuato dalla Farmacia Centrale) Indizione delle procedure urgenti: 30 giorni	100%	ARCS	100% Modalità di valutazione: Entro 45 gg dalla comunicazione dei dati completi da parte della SC Farmacia centrale: - ≥ 90% dei farmaci: obiettivo 100% - ≥ 60% e <90% dei farmaci: obiettivo in % - <60% dei farmaci: obiettivo 0%	Vedi target aziende	Monito-raggio
8.7.b (ARCS GIACENZA	Riduzione della giacenza residua di medicinale originatore alla data di aggiudicazione della gara del medicinale a brevetto scaduto.	Giacenza residua di medicinale originatore alla data di aggiudicazione della gara, espressa in giorni di copertura, inferiore a 60 gg Invio report alla DCS secondo un format condiviso tra DCS e ARCS	< 60 giorni Invio report alla DCS entro il 31.12.2027	ARCS	<60 giorni	Vedi target aziende	Monito-raggi
8.7.c (TEMPISTICHE ARCS 2)	Procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci equivalenti e biosimilari per tutte le aziende sanitarie nel rispetto delle tempistiche	Svolgimento delle procedure di gara: 90 giorni (calcolati dal giorno di richiesta effettuato dalla Farmacia Centrale)	100%	ARCS	100% Modalità di valutazione: Entro 90 gg. dalla comunicazione dei dati completi da parte della SC Farmacia centrale: - ≥ 90% dei farmaci: obiettivo 100% - ≥ 60% e <90% dei farmaci: obiettivo in % - <60% dei farmaci: obiettivo 0%	Vedi target aziende	Monito-raggio
8.7.d (% BREVETTO SCADUTO)	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risulti disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2027 vs % uso 2026	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2027 > % uso 2026 (valore 1 trim 2026 = 46,8%)	ASFO	% 2027 > 50% (valore 1 trim 2026 = 40,2%)		Monito-raggio seme-strale
				ASUFC	% 2027 > 50% (valore 1 trim 2026 = 46%)		
				ASUGI	% 2027 ≥ % 2026 (valore 1 trim 2026 = 54,3%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.e (BEVACIZUMAB)	Le Aziende, in linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favoriscono l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98 Per gli altri intravitreali favorire farmaco generico/biosimilare se disponibile	% di consumo (U.P.) di bevacizumab intravitreale* o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi (U.P.) di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n°98 % di consumo (U.P) di biosimilare/generico vs originator *Il numeratore (UP Bevacizumab) potrà essere aggiornato in funzione di valutazioni ulteriormente favorevoli su altri p.a.	Bevacizumab o alternativa Δ % >0 2027-2026 (valore gen - giu: 67%)	ASFO	Δ % > 0 2027-2026 (valore gen-giu 2026: 61,9%)		Monito-raggio seme-strale
				ASUFC	Δ % > 0 2027-2026 (valore gen-giu 2026: 63,6%)		
				ASUGI	Δ % ≥ 0 2027-2026 (valore gen – giu 2026: 72,5%)		
8.7.f (INSULINA)	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	% di consumo di farmaci biosimilari o vincitore di gara rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine (ATC Insulina Glargine: A10AE04 - TOUJEO come biosimilare- AIC 043192347-E0806601) Modalità di calcolo: UI farmaco biosimilare/totali UI consumate Fonte: farmaceutica diretta, ospedaliera, DPC e convenzionata	≥ 93% Con ≥ 93%: obiettivo raggiunto Con ≥90 e <93%: obiettivo parzialmente raggiunto Con <90%: obiettivo non raggiunto (valore 2025: 86,36% valore gen-giu 2026: 89%)	ASFO	≥ 93% (valore 2025: 82,50% valore gen-giu 2026: 86,2%)	Monito-raggio seme-strale	
				ASUFC	≥ 93% (valore 2025: 84,4% valore gen-giu 2026: 87,3%)		
				ASUGI	≥ 93% (valore 2025: 91,5% valore gen-giu 2026: 93,2%)		
8.7.g (ORMONE DELLA CRESCITA ED ANALOGHI)	Incremento % di redazione di Piani Terapeutici informatizzati del farmaco vincitore di gara in accordo quadro di SOMATROPINA (1° in graduatoria gara farmaci biologici)	% di Piani Terapeutici informatizzati del farmaco vincitore di gara in accordo quadro di SOMATROPINA rispetto al totale di Piani Terapeutici informatizzati di SOMATROPINA e ANALOGHI LONG ACTING del GH Fonte: PT-PSM	Obiettivo raggiunto: valore > 70% Obiettivo parzialmente raggiunto: 60% < valore ≤ 70% (Valore gen-giu 2026: 55%)	ASFO	Obiettivo raggiunto: valore >70 % (valore gen-giu 2026: 56 %)		Monito-raggio quadri-mestrale
				ASUFC	Obiettivo raggiunto: valore >70 % (valore gen-giu 2026: 56 %)		
				ASUGI	Obiettivo raggiunto: valore >70 % (valore gen-giu 2026: 100 %).		
				BURLO	Obiettivo raggiunto: valore > 70 % (valore gen-giu 2026: 54 %)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.h (NAO MINOR COSTO)	Incremento utilizzo NAO a minor costo (rivaroxaban, dabigatran, apixaban) rispetto all'intera classe NAO	(DDD riva+dabi+api/DDD NAO) x 100	(DDD riva+dabi+api/ DDD NAO) ≥ 85% (valore regionale gen–giu 2026 = 77,3%)	ASFO	(DDD riva+dabi+api/DDD NAO) ≥ 85% (valore gen - giu 2026 = 69,7%)	Monito-raggio	
				ASUFC	(DDD riva+dabi+api/DDD NAO) ≥ 85% (valore gen-giu 2026 = 80,7%)		
				ASUGI	(DDD riva+dabi+api/DDD NAO) ≥ 85% (valore gen-giu 2026 = 77,8)		
8.7.i (DENOSUMAB)	Favorire l'utilizzo del biosimilare di denosumab 60 mg sul totale dei consumi di denosumab 60 mg, al fine di promuovere la sostenibilità ed incentivare l'uso dei biosimilari.	Percentuale bios = (up_bios_deno60)/ (up_orig_deno60 + up bios_deno60) × 100	Raggiunto ≥ 70% Parz. Raggiunto ≥ 50% (Valore gen-giu 2026: 7,8%)	ASFO	≥ 70% (valore gen-giu 2026: 6,2%)		Monito-raggio semestrale
				ASUFC	≥ 70% (valore gen-giu 2026: 7%)		
				ASUGI	≥ 70% (valore gen-giu 2026: 9,7%)		
8.7.j (ANTIBIOTICI REPARTI)	Riduzione dell'uso degli antibiotici nei reparti ospedalieri. Viene considerata l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. Per il calcolo delle DDD complessive si escludono i resi e gli scaduti ai reparti	(DDD di antibiotici J01 erogati nei reparti/ N. complessivo di giornate di degenza)*100 – indicatore Bersaglio S. Anna C9.12	(DDD di antibiotici J01 erogati nei reparti/ N. complessivo di giornate di degenza)*100 < 67 (val regionale proiezione gen-apr 2026 = 78.9) (soglia di riferimento: classi target Bersaglio S. Anna Valutazione pessima [83.6 - 75.3] Valutazione scarsa [75.3 - 67] Valutazione media [67 - 58.7] Valutazione buona [58.7 - 50.4] Valutazione ottima [50.4 - 42.1])	ASFO	DDD di antibiotici/100 giornate di degenza < 67 (val proiezione gen-apr 2026 = 77,8)	Monito-raggio	
				ASUFC	DDD di antibiotici/100 giornate di degenza in range [67 - 58.7] (val proiezione gen-apr 2026 = 69,2)		
				ASUGI	DDD di antibiotici/100 giornate di degenza < 83,6 (val proiezione gen-apr 2026 = 103)		
				BURLO	DDD di antibiotici/100 giornate di degenza ≤ media aziendale 2026 (val proiezione gen-apr 2026 = 53,1)		
				CRO	DDD di antibiotici/100 giornate di degenza ≤ media aziendale 2026 (val proiezione gen-apr 2026 = 39)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.k (COLEC GTT/CPS/FILM)	Incremento dell'utilizzo delle formulazioni costo efficaci (capsule, gocce, film orodispersibili) di colecalciferolo rispetto al totale delle formulazioni disponibili	% DDD cps/gtt/film di colecalciferolo/ DDD totale consumi colecalciferolo	% cps/gtt/film 2027 ≥ 50% (val regionale gen-apr 2026 = 41,1%)	ASFO	% cps/gtt/film ≥ 60% (valore gen-apr 2026 48,8%)		Monito-raggio seme-strale
				ASUFC	% cps/gtt/film ≥ 50% (valore gen-apr 2026 34,2%)		
				ASUGI	% cps/gtt/film ≥ 60% (valore gen-apr 2026 43,8%)		
8.7.l (ALGORIMO VIT D)	Istituzione di un Gruppo di Lavoro coordinato dalla DCS, che formuli un algoritmo per la prescrizione di colecalciferolo (vit D) allo scopo di monitorare l'andamento di prescrizioni e consumi, nonché promuoverne l'utilizzo appropriato su tutto il territorio. Regionale. ARCS in collaborazione con la DCS e con la Aziende, sulla base di un format condiviso, inoltra un'unica proposta di algoritmo regionale. Le Aziende, inoltre, si impegnano ad inviare ad ARCS il flusso dati contenente le analisi di laboratorio refertate (DNLAB-Repository Epidemiologico Regionale) al fine di consentire la valutazione dell'appropriatezza d'uso dei livelli di Vitamina D 25 (OH) su tutto il territorio regionale.	Istituzione del Gruppo di Lavoro regionale coordinato da DCS. Presentazione di un algoritmo regionale relativo all'appropriata prescrizione della vit D.	Istituisce il Gruppo di Lavoro.	ARCS	Istituzione 28.02.2027		Coordi-namento e partecipazione ai lavori.
			Presentazione della proposta di algoritmo.		Presentazione 30.06.2027		
			Partecipazione al GDL per lo sviluppo di un algoritmo prescrittivo regionale. 30.06.2027	ASFO	Partecipazione al GDL per lo sviluppo di un algoritmo prescrittivo regionale		
				ASUFC			
				ASUGI			
8.7.m (ALGORITMO FARMACI DIABETE)	In continuità con le proposte presentate dalle Aziende sanitarie nel 2026, adozione di un algoritmo regionale condiviso tra DCS, Rete diabetologica, ARCS e Aziende sanitarie, per la prescrizione di farmaci SGLT2, GLP1, GIP/GLP1 e relativo monitoraggio delle prescrizioni, spesa e consumi in rapporto alla popolazione, al fine di promuoverne l'utilizzo appropriato su tutto il territorio regionale.	Adozione, in collaborazione con la Rete Diabetologica, dell'algoritmo regionale prescrittivo in ambito diabetologico (SGLT2, GLP1, GIP/GLP1), che favorisca l'appropriatezza, la sicurezza prescrittiva e la sostenibilità.	Adozione algoritmo regionale prescrittivo entro il 31.03.2027	ARCS	Invia algoritmo a DCS entro il 28.02.2027	Coordi-namento delle attività e produzio-ne dell'algo-ritmo regionale.	Partecipazione alla fase di elabo-razione. Adozione dell'algo-ritmo e indica-zione alle AS.
				ASFO	Partecipano alla stesura dell'algoritmo e adottano l'algoritmo entro il 31.03.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.n (ALGORITMO FARMACI		Proposta di monitoraggio periodico regionale da avviare in ciascuna Azienda e realizzazione da parte di ARCS di algoritmo di calcolo per l'inserimento del monitoraggio in Qlik nel 2028	Proposta di metodolo-gia di monitoraggio periodico in base all'algori-tmo entro il 30.06.2027	ASFO	Partecipano alla elaborazione della metodologia	Coordi-namento delle attività e present-azione proposta alla DCS	Partecipazione ai lavori e valuta-zione proposta di monito-raggio
				ASUFC			
				ASUGI			
8.7.o (ALGORITMO FARMACI DIABETE)			Avvio monitoraggio aziendale nel secondo semestre 2027 in base all'algori-tmo ed ai criteri definiti e produzione report al 31.01.2028	ASFO	Vedi Target		Monito-raggio attività
				ASUFC			
				ASUGI			
8.7.p (ALGORITMO FARMACI DIABETE)			Proposta di algoritmo di calcolo per l'inserimen-to nel 2028 del monitoraggio periodico regionale su Qlik	ARCS	Proposta di algoritmo di calcolo in base alla metodologia di monitoraggio definita entro il 31.12.2027	Vedi Target	Coordina mento attività e valuta-zione proposta

Sono, inoltre, introdotti i seguenti nuovi indicatori che sono in valutazione al gruppo ristretto LEA per introdurli in valutazione NSG core.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.q (LEA NSG D15C)	Monitoraggio dei consumi di antidepressivi D15C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella (DDD)/traccianti per 1000 ab. . Antidepressivi	< 16.096 (FVG 2025: 16.096,5)	ASFO	< 13.958 (2025: 13.958,19)	Monito-raggio	
				ASUFC	< 16.188 (2025: 18.986,25)		
				ASUGI	< 13.837 (2025: 13.837,26)		
8.7.r (LEA NSG D14C)	Monitoraggio di molecole traccianti antibiotici erogate	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	<3.923 (FVG 2025: 4359,76)	ASFO	< 3.992 (2025: 4436,66)		
				ASUFC	< 3.865 (2025: 4294,5)		
				ASUGI	< 3.948 (2025: 4386,52)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.7.s	Migliorare l'appropriatezza del consumo di inibitori di pompa	Riduzione del consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa protonica	Riduzione del 3,7% del valore registrato nel 2025 (valore FVG 2025: 23.170,69)	ASFO	<= 25.365,94 (valore 2025: 26.340,54)	Monitoraggio	
				ASUFC	<= 23.159,00 (valore 2025: 24.048,80)		
				ASUGI	<= 19.264,52 (mantenimento valore 2025 - 19.264,52)		

8.8 Assistenza integrativa

Nell'ambito dell'assistenza integrativa, nel 2026 sono stati oggetto di specifico monitoraggio i dispositivi medici (DM) destinati ai pazienti diabetici, in continuità con le azioni già in essere, e le medicazioni.

8.8.1 Dispositivi medici per pazienti diabetici

Come previsto dalla DGR n. 808/2024, è stato informatizzato il modulo per la prescrizione dei DM a media ed alta complessità. Reso disponibile a tutti gli Enti da novembre 2025, rappresenta la modalità prescrittiva che tutti gli Enti devono adottare per consentire un miglior governo complessivo di quest'ambito assistenziale.

Nel corso del 2027 gli Enti dovranno massimizzare l'utilizzo del modulo prescrittivo informatizzato e la registrazione delle erogazioni sull'applicativo regionale dedicato (PSM2-AFIR).

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.8.1.a	Gli Enti prescrivono su PSM2-AFIR i dispositivi di assistenza integrativa a media e alta complessità per pazienti diabetici	% delle prescrizioni informatizzate effettuate da ogni Ente	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	- Raggiunto se ≥ 80% - Parzialmente raggiunto se ≥ 70% e < 80% - Non raggiunto se < 70% L'indicatore è misurato al 31.12.2027	Monitoraggio - Al 30/07/2027 per il periodo gen.-giu.2027 - Al 15/02/2028 per il periodo gen.-dic.2027	
8.8.1.b	Le Aziende sanitarie registrano su PSM2-AFIR le erogazioni dei dispositivi medici dell'allegato 3 al DPCM 12 gennaio 2017	Per ogni prescrizione informatizzata + cartacea risultano registrate le rispettive erogazioni	ASFO ASUFC ASUGI	- Raggiunto se ≥ 80% - Parzialmente raggiunto se ≥ 70% e < 80% - Non raggiunto se < 70% L'indicatore è misurato al 31.12.2027	Monitoraggio	

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.8.1.c	Le Aziende sanitarie registrano su PSM2-AFIR le erogazioni dei dispositivi medici dell'allegato 2	Registrazioni effettuate	ASFO ASUFC ASUGI	Registrazione delle erogazioni dei dispositivi 09.15 ausili per tracheostomia, 09.18 ausili per stomia, 09.24 convogliatori urinari, 09.27 raccoglitori di urina	Monitoraggio da effettuarsi sulla base del flusso ordini (richieste di approvvigionamento)	

La DGR 808/2024 prevede la rilevazione periodica di alcuni dati di monitoraggio e di specifici indicatori che consentono una visione complessiva regionale delle prestazioni e delle ricadute in quest'ambito assistenziale. E' pertanto necessario che le Aziende sanitarie si adoperino per una loro rilevazione completa secondo le indicazioni date da ARCS

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.8.1.d	Monitoraggio clinico-assistenziale DGR 808/2024	Gli Enti forniscono i dati relativi agli indicatori e ai dati di monitoraggio previsti dalla DGR 808/2024	Gli Enti riscontrano le richieste di ARCS in maniera completa ed entro i termini indicati	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	- Riscontri completi per entrambi gli anni, 2026 e 2027. Obiettivo raggiunto - Riscontro completo per un solo anno. Obiettivo parzialmente raggiunto - Riscontri incompleti entrambi gli anni. Obiettivo non raggiunto	Monito-raggio	
			ARCS predispone 2 report di sintesi dei dati secondo un format condiviso con la DCS e li invia alla DCS	ARCS	- Invio alla DCS del report 2026 entro il 31 marzo 2027 - Invio del report 2027 entro il 31 marzo 2028		Valuta-zione dei dati inviati
			ARCS convoca i diabetologi componenti della rete diabetologica e la DCS per la presentazione dei dati raccolti	ARCS	Vedi target		

In tema di monitoraggio in continuo della glicemia interstiziale, le linee guida delle società scientifiche e recenti studi clinici randomizzati hanno portato ulteriori evidenze di efficacia nel paziente diabetico di tipo 2. Si rende quindi opportuno un approfondimento della tematica nell'ottica di un possibile aggiornamento delle indicazioni di cui alla DGR 808/2024, anche valutandone le ricadute economiche e di salute.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.8.1.e	Revisione ed aggiornamento del "Documento di consenso regionale sulla prescrizione dei microinfusori e dei sistemi di monitoraggio in continuo o intermittente delle persone con diabete" approvato con DGR 808/2024 da parte di un gruppo di lavoro interaziendale e multiprofessionale	Istituzione e coordinamento, in condivisione con la DCS, di un gruppo di lavoro composto da referenti degli Enti SSR per la materia	Istituzione del gruppo di lavoro entro il 14 febbraio 2027	ARCS	Istituzione di un Gruppo di lavoro entro il 14 febbraio 2027	Vedi target	Partecipazione ai lavori e monitoraggio attività
			Partecipazione ai lavori del Gruppo fino a conclusione dell'attività	ASFO ASUFC ASUGI BURLO	I referenti degli Enti partecipano fattivamente ai lavori fino a loro completamento	Coordinamento del gruppo di lavoro e monitoraggio del target	
		predisposizione di una versione aggiornata del documento di consenso regionale e di un documento di valutazione dell'impatto economico delle nuove indicazioni previste dall'aggiornamento del Documento di consenso	Stesura del Documento di consenso aggiornato	ARCS ASFO ASUFC ASUGI BURLO	Partecipano alla stesura del documento	Vedi target	Partecipazione ai lavori e monitoraggio attività
			Predisposizione di un documento di valutazione dell'impatto economico conseguenti all'applicazione dei contenuti del Documento di consenso aggiornato da trasmettere alla DCS	ARCS	- Stesura del documento di valutazione economica - Trasmissione dei documenti (consenso e di valutazione economica) alla DCS entro il 31 luglio 2027 - Riscontro ad eventuali richieste della DCS finalizzate all'adozione da parte della stessa dell'aggiornamento del Documento di consenso (compreso relativo impatto economico)	Vedi target	Monitoraggio attività

8.8.1.1 Dispositivi medici per pazienti diabetici - limiti di spesa

Per la regolamentazione afferente ai limiti di spesa per i dispositivi medici per pazienti diabetici di cui al presente punto si rinvia a quanto previsto al successivo paragrafo 17.1 - Vincoli gestionali, sottopunto 17.1.2 - Dispositivi medici, del presente documento (pagina 267).

8.8.2 Medicazioni avanzate

Nel corso del 2026 è stato predisposto/adottato un Documento tecnico-operativo regionale sull'utilizzo delle medicazioni per lesioni cutanee. Il Documento è stato presentato a livello regionale con un evento svoltosi il 19 maggio 2026.

ARCS ha presentato al tavolo di monitoraggio dei dispositivi medici un report strutturato di spesa e di consumo delle medicazioni che verrà aggiornato e approfondito nel 2027 e trasmesso alle Direzioni aziendali e alla DCS.

All'interno delle organizzazioni prosegue la formazione sull'uso appropriato delle medicazioni secondo i contenuti del Documento tecnico-operativo

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS	cod. ob.
8.8.2.a	Monitoraggio della spesa e dei consumi delle medicazioni	Predisposizione di un report quadrimestrale da presentare al Tavolo di monitoraggio dei DM e trasmettere alle Direzioni degli Enti SSR e alla DCS	Invio di 3 report periodici agli Enti del SSR e alla DCS entro il 29 febbraio 2028	ARCS	Vedi target	Vedi target	Monitor aggio del target
8.8.2.b	Formazione del personale sanitario sui contenuti del Protocollo operativo definito nel 2026	Ogni Ente diffonde i contenuti del Protocollo all'interno dell'organizzazion e e forma il personale sull'uso appropriato delle medicazioni	Realizzazione di almeno un evento formativo entro il 31.12.2027	ASFO	Vedi target	monitoraggio	
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
				BURLO			

8.8.3 Flussi informativi dei dispositivi medici

Per l'attività relativa al presente punto si rinvia a quanto contenuto, *infra*, al paragrafo 13-FLUSSI INFORMATIVI, sottopunto 13.1-Flussi informativi dei dispositivi medici (alla pagina 211).

8.9 Dispositivo-vigilanza

La normativa vigente in tema di dispositivo-vigilanza prevede l'obbligo per gli operatori sanitari di segnalare gli incidenti gravi, anche solo sospetti, che rilevano nell'esercizio della loro attività e la sanzione in caso di omissione.

L'Autorità competente nazionale ha messo a disposizione un sistema informatizzato di segnalazione degli incidenti e dei reclami che deve essere noto a tutti gli operatori sanitari, considerato anche che con la segnalazione si contribuisce a garantire un elevato livello di protezione e tutela della salute e della sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di tutti i soggetti che a vario titolo interagiscono con essi.

Il corso regionale FAD "La vigilanza sui dispositivi medici: la rete nazionale e regionale", predisposto con il contributo dei componenti della Rete regionale di Dispositivo-vigilanza, sarà reso nuovamente disponibile nel 2027 e può rappresentare un utile strumento formativo.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.9.a	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	In ogni Ente del SSR è assicurata la formazione degli operatori sanitari sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.	al 31/12/2027 almeno due ulteriori (rispetto al 2026) operatori sanitari di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria, di ogni Dipartimento di salute mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione e Distretto hanno superato positivamente la formazione in tema di dispositivi-vigilanza	ASFO	Vedi target	monitoraggio	
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
				BURLO			

In relazione agli obblighi previsti dal DM 31 marzo 2022, "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa", i Responsabili locali di vigilanza devono assicurare la "Validazione nei 3 giorni in caso di incidenti gravi" (già indicatori LEA per gli anni 2025- 2026) ed eventuali ulteriori indicatori LEA che potranno essere comunicati dal Ministero della Salute.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.9.b	Gli Enti garantiscono gli adempimenti LEA in tema di dispositivo-vigilanza	La rete regionale assicura il raggiungimento degli adempimenti LEA comunicati dal Ministero della Salute	Conseguito il 100% degli indicatori. Risultato raggiunto	ASFO	Vedi target		Monito-raggio
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
				BURLO			

8.10 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici

Le attività di monitoraggio della spesa e dei consumi dei DM e gli approfondimenti del Tavolo coordinato da ARCS in collaborazione con la DCS, supportano le azioni di governo del sistema.

Nel 2027 proseguono le riunioni bimensili secondo un calendario definito. In continuità con gli anni precedenti, negli incontri saranno prioritariamente presentati e discussi i dati della spesa e dei consumi, anche per specifiche categorie individuate dai componenti del Tavolo, verrà monitorato l'andamento degli indicatori ed illustrati i report (dispositivi per diabete e medicazioni) definiti nel presente Documento.

La partecipazione attiva e costante dei referenti degli Enti SSR e lo svolgimento delle azioni concordate sono di assoluta rilevanza per la loro ricaduta su tutto il SSR, anche con riferimento all'introduzione di nuovi DM nella pratica assistenziale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.10.a	Proseguono le attività del Tavolo di monitoraggio della spesa e dei consumi dei DM e degli specifici indicatori/obiettivi sul tema di cui al presente documento	Definizione di un calendario di almeno 6 incontri del Tavolo nel corso del 2027	Calendario definito e diffuso agli Enti entro il 20 gennaio 2027	ARCS	Vedi target		Monito-raggio
		Gli Enti comunicano i nominativi dei propri referenti sulla materia anche considerando le diverse professionalità e competenze interessate (es. approvvigionamento, fornitura, gestione contabile, programmazione e pianificazione)	Gli enti comunicano ad ARCS e alla DCS i nominativi dei partecipanti al Tavolo e ne assicurano la presenza a tutti gli incontri	ASFO ASUFC ASUGI CRO BURLO	Ogni referente convocato partecipa ad almeno 4 riunioni del Tavolo nel 2027.	monitoraggio	
			entro 20 giorni ARCS trasmette il verbale degli incontri ai partecipanti e alle direzioni degli Enti e DCS	ARCS	Vedi target		Monito-raggio
			Gli Enti presentano ad ARCS e alla DCS tutti gli eventuali riscontri richiesti nei tempi indicati nel verbale	ASFO ASUFC ASUGI CRO BURLO	Vedi target	monitoraggio	

8.11 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici

Nell'ambito delle attività di procurement dei dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro, ARCS provvede alla formazione del personale degli Enti in riferimento agli aggiornamenti normativi così da implementarne le competenze e migliorare l'efficienza del sistema.

ARCS organizzerà un evento formativo incentrato sui processi di procurement, gestione e monitoraggio dei dispositivi medici. Destinatari dell'evento sono, a titolo di esempio, i farmacisti ospedalieri, gli ingegneri clinici e il personale amministrativo operante nei provveditorati e nella logistica ed eventuali ulteriori professionisti indicati nella scheda di progettazione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.11.a	Pianificazione ed erogazione di un evento formativo a valenza regionale per lo	Trasmissione alla DCS della scheda di progettazione dell'evento	Trasmis-sione entro il 28/2/2027	ARCS	Vedi target		Valuta-zione proposta

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.11.b	sviluppo delle competenze del personale aziendale addetto al procurement in materia di Dispositivi Medici e IVD a seguito dell'introduzione degli obblighi europei (EUDAMED)	Progettazione esecutiva (con relativo documento a supporto) e organizzazione e di un evento formativo per la messa a disposizione nel mese di ottobre	entro 30.06.2027	ARCS	Presentazione progettazione esecutiva alla DCS e organizzazione evento entro 30.06.2027 Vedi target		Valuta-zione proposta e coordi-namento attività
8.11.c		Partecipazione all'evento formativo con valutazione positiva	Entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI	- Obiettivo raggiunto se almeno 5 professionisti formati entro il 31/12/2027 (es. personale operante negli ambiti della farmacia ospedaliera, dell'ingegneria clinica e del procurement); - obiettivo parzialmente raggiunto se 3-4 professionisti formati entro il 31/12/2027; - obiettivo non raggiunto se meno di 3 professionisti formati entro il 31/12/2027.	Moni-torag-gio	
				BURLO CRO	- Obiettivo raggiunto se almeno 3 professionisti formati entro il 31/12/2027 (es. personale operante negli ambiti della farmacia ospedaliera, dell'ingegneria clinica e del procurement); - obiettivo parzialmente raggiunto con 2 professionisti formati entro il 31/12/2027; - Obiettivo non raggiunto se meno di 2 professionisti formati entro il 31/12/2027.		

Dal 2024 sono stati introdotti degli indicatori di efficienza d'uso di alcuni dispositivi medici, avvalendosi del sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni (c.d. BERSAGLIO) della Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha consentito complessivamente un miglioramento del sistema.

Nella tabella sono rappresentati gli obiettivi, gli indicatori (di monitoraggio e di osservazione) ed i target 2027 per i quali proseguirà l'attività di monitoraggio, al fine di implementare delle azioni di controllo e miglioramento.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.11.d (BERSAGLIO F10.3.1.1)	Governare la spesa ospedaliera per dispositivi di consumo per giornata di degenza	Spesa ospedaliera per dispositivi di consumo (guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbenza CND T040) per giornata di degenza Modalità di calcolo: spesa per CND elencati/ Numero di giornate di degenza Fonte: SISSR-BO-dispositivi medici (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	Valore ≤ 3,54 € (valore 2025: 3,64 € Valore gen-giu 2026: 3,65 €)	ASFO	Valore ≤ 3,20 € (valore 2025: 3,24 €, valore gen-giu 2026: 3,19 €)	Monito-raggio	
				ASUFC	Valore ≤ 3,60 € (valore 2025: 3,69 €, valore gen-giu 2026: 3,82 €)		
				ASUGI	Valore ≤ 3,65 € (valore 2025: 3,75 €, valore gen-giu 2026: 3,57 €)		
				BURLO	Valore ≤ 4,00 € (valore 2025: 4,40 €, valore gen-giu 2026: 4,80 €)		
				CRO	Valore ≤ 2,93 € (valore 2025: 2,97 €, valore gen-giu 2026: 3,05 €)		

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.11.e (BERSAGLIO F10.3.7.1B)	Governo della spesa ospedaliera per medicazioni specialistiche	Costo medicazioni specialistiche per giornata di degenza Modalità di calcolo: costo medicazioni specialistiche (CND M04)/ giornate di degenza Fonte: SISSR-BO-dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura 01, destinazione "I-Interna", destinazione utilizzo "mista")	Valore regionale ≤ 3,15 € (valore 2025: 3,31 €, valore gen-giu 2026: 3,19 €)	ASFO	Valore ≤ 2,06 € (valore 2025: 2,06 €, valore gen-giu 2026: 1,89 €)	Monito-raggio	
				ASUFC	Valore ≤ 3,50 € (valore 2025: 3,67 €, valore gen-giu 2026: 3,80 €)		
				ASUGI	Valore ≤ 3,10 € (valore 2025: 3,23 €, valore gen-giu 2026: 2,75 €)		
				BURLO	Valore ≤ 4,20 € (valore 2025: 5,28 €, valore gen-giu 2026: 4,84 €)		
				CRO	Valore ≤ 3,00 € (valore 2025: 3,43 €, valore gen-giu 2026: 2,98 €)		

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
8.11.f	Governo della spesa per medicazioni specialistiche utilizzo territoriale	Costo medicazioni specialistiche per giornata di assistenza ADI Modalità di calcolo: costo medicazioni (CND M04)/ n. giornate di assistenza in ADI Fonte: SISSR-BO-dispositivi medici per flussi (Insiel SpA) (tipo struttura 02, destinazione "D-Assistenza domiciliare", destinazione di utilizzo "diretta")	Valore regionale ≤ 2,58 € (valore 2025: 2,74 €, valore gen-giu 2026 2,55 €)	ASFO	Valore ≤ 2,80 € (valore 2025: 2,89 €, valore gen-giu 2026 3,06 €)	Monitoraggio	
				ASUFC	Valore ≤ 2,30€ (valore 2025: 2,33€, valore gen-giu 2026 2,23€)		
				ASUGI	Valore ≤ 2,90€ (valore 2025: 3,39€, valore gen-giu 2026 2,74€)		

9. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

9.1 Priorità regionali su carenza del personale sanitario

Il settore sanitario prosegue nell'essere investito da una delle più gravi crisi che si siano dovute affrontare su tutto il territorio nazionale, ciò a causa dell'acutizzarsi della carenza di personale, in particolare, di infermieri, medici specialisti e professionisti sanitari che sta comportando una reale minaccia per il mantenimento dell'efficienza e della continuità dell'assistenza pubblica nonché per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
La continua evoluzione dei sistemi sanitari genera nel tempo cambiamenti che impattano sui profili di competenza degli operatori che, a vario titolo, garantiscono risposte ai bisogni di salute emergenti. In particolare, la pandemia ha originato riflessioni sulle funzioni svolte dalle strutture ospedaliere e quelle territoriali, sulle loro connessioni e integrazioni, sul ruolo delle varie professioni e su quello svolto dalla professione infermieristica, mettendo in evidenza le modificazioni della pratica e delle competenze anche in risposta alle innovazioni tecnologiche e alla rapida evoluzione della ricerca scientifica.
L'analisi dello stato attuale del Servizio Sanitario Nazionale non può prescindere dal profondo mutamento demografico ed epidemiologico che sta interessando il nostro Paese.
L'invecchiamento della popolazione, associato all'incremento esponenziale delle patologie croniche e delle comorbidità, ha generato una domanda di salute radicalmente diversa rispetto al passato, che mette a dura prova la tenuta dei servizi sanitari. Questa pressione si manifesta in modo critico soprattutto sul versante delle cure primarie e dell'emergenza-urgenza, dove la carenza strutturale di Medici di Assistenza Primaria e di specialisti di

Pronto Soccorso sta creando un vero e proprio imbuto assistenziale, privando il cittadino dei necessari filtri sul territorio.

Si ricordano, pertanto, le principali criticità e obiettivi strategici individuati **dal documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome prot. n. 25/46/CR8b/C7 del 17 aprile 2025** che:

1. avanza azioni mirate per l'**attrattività** del personale sanitario, che contemplano:
    a. adeguamento dei livelli salariali;
    b. revisione delle procedure concorsuali;
    c. promozione del welfare contrattuale;
    d. reclutamento internazionale.
2. evidenzia la gravità dell'**emergenza infermieristica,** inserendola nel quadro più ampio della carenza di personale del SSN;
3. sottolinea la necessità di riordinare le **professioni sanitarie** per superare la frammentazione dei profili e promuovere modelli organizzativi più flessibili e multidisciplinari;
4. richiama l'urgenza di accelerare la **trasformazione digitale del SSN**, valorizzando la tecnologia come leva per migliorare l'efficienza, ridurre il carico burocratico e supportare l'operatività clinica.

Contemporaneamente, il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a garantire la sostenibilità economica unitamente alla qualità dei servizi erogati e alla equità dell'accesso alle cure. In tale contesto, nell'ambito del finanziamento alle Aziende ed Enti del SSR, la quota premiale assume un ruolo centrale nell'incentivazione del personale con la finalità altresì di configurarsi come utile indirizzo per orientare le scelte organizzative e gestionali delle Aziende Sanitarie.

In considerazione di quanto rappresentato, anche nel corso del 2026, la Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia ha proseguito nel finalizzare, rispettivamente con provvedimenti giuntali n. 449 e 450 del 02.04.2026, un importo complessivo pari a **€ 36.596.370,51** da destinare alle politiche regionali sul personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale al fine di affrontare le suddette criticità operative. Tale politica regionale è stata posta in essere tenuto conto delle necessità rappresentate dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale, conseguenti principalmente alla difficoltà di reperire adeguate professionalità nei servizi particolarmente disagiati per tipologia di turnistica o di attività, nonché per rafforzare i meccanismi di fidelizzazione e di attrazione del personale operante in detti servizi, con particolare riferimento al personale dell'Area del Comparto Sanità e al personale della Dirigenza dell'Area Sanità.

In tale contesto, la Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia ha proseguito nell'individuare, quale settore di maggior complessità da valorizzare, quello dell'emergenza urgenza, tenendo, altresì, conto degli ambiti più disagiati nelle varie discipline dal punto di vista territoriale, organizzativo e funzionale e prevedendo una quota di risorse per lo sviluppo del welfare integrativo. Di seguito il dettaglio della finalizzazione posta in essere corrispondente a **€ 36.596.370,51:**

- **€ 29.147.138,53 ASSEGNATI AL PERSONALE DELL' AREA DEL COMPARTO SANITA' (VERBALE DI CONFRONTO DEL 26 marzo 2026 APPROVATO CON DGR 449 DEL 02 aprile 2026) DI CUI:**

1. **€ 14.958.793,17** quale importo destinato all'incremento delle seguenti indennità:
    - ✓ pronta disponibilità (art. 44 CCNL 2.11.22);
    - ✓ servizio notturno (art. 106 CCNL 2.11.22 e art. 67 CCNL 27.10.2025);
    - ✓ particolari servizi (art. 107 CCNL 2.11.22 art. 68 CCNL 27.10.2025);
2. **€ 2.545.754,00** quale importo destinato:
    - ✓ all'apporto del personale chiamato a prestare la propria attività lavorativa, anche in modo non continuativo, per le strutture di Pronto Soccorso pur non essendo afferente alle stesse (es: tecnici

sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica, MET, ostetriche, infermieri, ecc..);
    - ✓ all'apporto di personale operante nelle aree geografiche meno attrattive a livello aziendale;
    - ✓ all'apporto del personale operante nei servizi con criticità organizzative e difficoltà croniche nella copertura degli organici;
    - ✓ alla realizzazione di ulteriori obiettivi aziendali.
3. **€ 144.504,00** quale importo finalizzato alla premialità del personale infermieristico in rotazione nei servizi di emergenza e urgenza;
4. **€ 9.498.087,36** quale importo finalizzato alla premialità del personale amministrativo, tecnico e professionale per la realizzazione di obiettivi aziendali, comprensivi altresì di obiettivi a valenza regionale;
5. **€ 2.000.000,00** quale importo finalizzato alla realizzazione di politiche di welfare integrativo.

- **€ 7.449.231,98 ASSEGNATI AL PERSONALE DELLA DIRIGENZA DELL' AREA SANITA' (VERBALE DI CONFRONTO DEL 26 marzo 2026 APPROVATO CON DGR 450 DEL 02 aprile 2026) DI CUI:**

1. **€ 6.673.727,19** quale importo destinato all'incremento delle seguenti indennità:
    - ✓ pronta disponibilità (art. 30 CCNL 23.01.24);
    - ✓ servizio festivo (art. 77 CCNL 23.01.24);
    - ✓ pronto soccorso (art.79 CCNL 23.01.24).
2. **€ 775.504,80** quale importo destinato:
    - ✓ all'apporto dei dirigenti del ruolo sanitario operanti nelle aree geografiche meno attrattive a livello aziendale;
    - ✓ all'apporto dei dirigenti del ruolo sanitario operanti nei servizi con criticità organizzative e difficoltà croniche nella copertura dei servizi organici e delle varie discipline;
    - ✓ alla realizzazione di ulteriori obiettivi aziendali.

Giova specificare che per il personale dell'Area del Comparto, nel medesimo provvedimento giuntale n. 449 del 02.04.2026 si è previsto che, per l'anno 2026, una parte delle risorse sia destinata all'apporto del personale chiamato a prestare la propria attività lavorativa, anche in modo non continuativo, per le strutture di Pronto Soccorso pur non essendo afferente alle stesse. Per il personale della Dirigenza dell'Area Sanità, nel medesimo provvedimento giuntale n. 450 del 02.04.2026, si è replicato quanto stabilito nell'anno 2025, ovvero che una parte delle risorse finalizzata alla remunerazione di particolari condizioni di disagio lavorativo, possa essere destinata all'incremento dell'indennità di pronto soccorso ex art. 79 del CCNL del 23.01.2024 quale ulteriore valorizzazione rispetto a quanto già disciplinato dal Legislatore nell'art. 1 comma 293 della Legge 30.12.2021 n. 134 e successive modificazioni in ottemperanza al quale, con provvedimento giuntale n. 453 del 02.04.2026, l'Amministrazione regionale ha provveduto ad approvare il piano di riparto tra le aziende ed enti del servizio sanitario regionale delle risorse per il riconoscimento delle indennità di pronto soccorso per l'anno 2026. Stessa politica di sostegno è stata posta in essere per il personale dell'Area del Comparto Sanità cui dette risorse, per l'anno 2026, sono state ripartite con provvedimento giuntale n. 452 del 02.04.2026.

Inoltre, sulla scorta di quanto avvenuto nel 2025, il Legislatore Regionale al fine di proseguire nel favorire la permanenza e la presenza del personale nelle strutture del SSR nonché di accompagnare adeguatamente l'attuazione della riforma di cui al DM 77/2022 (*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*), ha autorizzato l'impiego di risorse finanziarie nel triennio 2026/2028 da destinare all'incremento dei fondi per la contrattazione decentrata degli enti facenti parte del sistema del SSR.

L'impiego di dette risorse, così come determinato dall'art. 8, comma 27, della LR n. 19 del 29 dicembre 2025, ha dato così contezza della volontà di proseguire nelle attività di incentivazione e monitoraggio del personale interessato anche per tutto il triennio 2026/2028.

9.1.1 Promozione scambio internazionale nel settore sanitario

Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nell'ambito del Servizio sanitario regionale (SSR) con particolare riferimento, in questa prima fase sperimentale, al personale infermieristico, vale la pena citare la recente DGR n. 1257 del 28.08.2026 che, in ottemperanza alle disposizioni normative di cui all'art. 8 c.31-34 della LR n. 19/2025, ha assunto le decisioni propedeutiche alla stipula della convenzione tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e l'Università degli studi di Udine per l'individuazione degli strumenti e delle modalità attuative per la promozione di programmi di scambio internazionale nel settore sanitario.

L'Amministrazione Regionale si è, pertanto, fatta promotrice di iniziative e interventi di sostegno finalizzati alla condivisione di conoscenze e competenze professionali con enti formativi di altri Paesi, anche in collaborazione con il sistema universitario regionale. Tali interventi includono infatti programmi di scambio di personale qualificato e di sviluppo di competenze sanitarie nell'ottica di agevolare, nel rispetto della disciplina vigente in materia di assunzioni, l'inserimento di personale sanitario straniero nelle strutture del SSR.

La Regione, anche per valorizzare i rapporti con i Paesi storicamente interessati dal fenomeno migratorio dal Friuli Venezia Giulia, ha disposto altresì in merito alla collaborazione di enti, associazioni e istituzioni con funzione di interesse regionale in favore dei corregionali all'estero e dei rimpatriati di cui all'articolo 10 della legge regionale 26 febbraio 2002, n. 7.

Il progetto sopra descritto prevede, inoltre, potenziali impatti di lungo termine, quali l'estensione all'Ateneo di Trieste nonché ad altri corsi del Dipartimento di Medicina (DMED), scuole di specializzazione e lo sviluppo di mobilità per docenti e ricercatori.

Al momento, in questa prima fase, si è prevista, sin dall'anno accademico 2026/2027, l'accoglienza e il tutoraggio di 15 studenti beneficiari che saranno individuati tramite specifiche procedure di selezione presso Atenei stranieri partner. Agli studenti selezionati, verrà corrisposto un sostegno economico annuale omnicomprensivo, pari a euro 15.000,00 ciascuno, per la durata del percorso formativo presso l'Ateneo friulano, sulla base delle condizioni contenute in apposito bando di assegnazione.

A fronte di tale sostegno, i beneficiari che saranno assunti presso un ente del Servizio sanitario regionale del Friuli-Venezia Giulia a seguito dell'obbligo a partecipare alle procedure selettive nei tre anni successivi al conseguimento del titolo, saranno tenuti a permanere nell'ambito del Servizio sanitario regionale per un periodo non inferiore a cinque anni in caso di assunzione a tempo indeterminato, ovvero per la durata dell'incarico a tempo determinato qualora la stessa sia inferiore a cinque anni.

9.1.2 Flusso SIPER

Nel 2027 prenderà avvio la sperimentazione di SIPER (Sistema Informativo del Personale del Servizio Sanitario Nazionale), il nuovo flusso informativo nazionale italiano introdotto per monitorare, mappare e programmare le risorse umane impiegate nella sanità pubblica. L'obiettivo è quello di disporre di una base dati aggiornata, omogenea e dettagliata sulle risorse umane del SSN.

Nel contempo è in fase di avviamento l'iter legislativo per l'istituzione di un flusso informativo regionale riguardante la condivisione dei dati del personale del servizio sanitario regionale e della medicina convenzionata tra le Aziende

del SSR, l'Amministrazione regionale e ARCS.

9.1.3 Nuovo profilo professionale di Assistente Infermiere

Con Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto in data 03 ottobre 2024 come successivamente modificato dall'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2024, è stata approvata l'istituzione del profilo professionale di Assistente infermiere.
L'accordo sopra richiamato è stato recepito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 febbraio 2025 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 142 della Repubblica italiana del 21.06.2025.
Successivamente, il CCNL del Comparto Sanità sottoscritto il 27.10.2025 e, in particolare, l'art. 17 che al comma 2 ha disposto: "*Nell'allegato A è previsto il profilo di Assistente Infermiere, istituito con Accordo Stato Regioni del 3 ottobre 2024 come modificato dal successivo Accordo del 18 dicembre 2024. Tale profilo - collocato nell'area degli Assistenti, ruolo sociosanitario - entra in vigore dalla data di recepimento dei predetti Accordi con specifico DPCM*".
Ai fini di una applicazione omogenea sul territorio nazionale delle disposizioni sopra richiamate, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nella seduta del 27 novembre 2025, ha approvato il Piano strategico per l'introduzione dell'Assistente Infermiere nei setting di cura pubblici e privati approvato a seguito del quale, con Decreto del Direttore Centrale Salute Politiche Sociali e Disabilità n. 12785 del 12.03.2026 è stato istituito un tavolo tecnico di coordinamento per la realizzazione da parte della Regione Autonoma FVG delle attività finalizzate all'introduzione del predetto profilo professionale.
A seguito della conclusione del giudizio in primo grado contro l'impugnativa del DM a livello nazionale, sfavorevole al sindacato proponente, si è riattivato il percorso per la formazione e introduzione nelle organizzazioni sanitarie del nuovo profilo.
In considerazione della complessità delle attività, nell'ambito del progetto nazionale TSI curato dal Ministero della Salute, a livello interregionale è stato proposto un progetto pilota che guiderà le Regioni aderenti nell'esplicazione delle attività di programmazione della formazione, dei bisogni organizzativi e quindi del fabbisogno occupazionale del suddetto profilo.
L'amministrazione Regionale ha ritenuto opportuno aderire al predetto progetto che la vedrà impegnata nel corso del 2027, unitamente alle Aziende ed enti del SSR nelle diverse attività finalizzate alla revisione organizzativa degli enti, alla definizione del fabbisogno occupazionale correlato e a quella del fabbisogno formativo che verrà gestito degli enti del SSR.
Per il perseguimento delle finalità sopra esposte è definito, pertanto, il seguente obiettivo:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.1.3.a	Introduzione guidata dell'Assistente Infermiere	Rispetto delle fasi e del cronoprogramma del progetto pilota nazionale relativo al percorso coordinato interregionale di introduzione guidata dell'AI	monitoraggio semestrale	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Invio monitoraggio a DCS e ARCS entro il 30/06 e 31/12/2027	Attività di supporto alla DCS e agli Enti del SSR nelle fasi di realizzazione del progetto pilota, compresa l'attività di formazione prevista	Partecipare al coordinamento del progetto e verifica dell'integrazione guidata dell'AI

9.1.4 Misure per contrastare la carenza di personale sanitario e per il benessere dei professionisti nel SSR

Nel 2027 prenderanno avvio gli interventi di *retention* e *attraction* previsti dal Piano strategico regionale partecipato di contrasto alla carenza di personale sanitario, elaborato nel corso del 2026. Tali interventi richiederanno l'istituzione di una struttura organizzativa chiaramente definita, rappresentata da una Cabina di regia, essenziale per assicurare un'efficace attuazione e un adeguato monitoraggio degli obiettivi, nonché per favorire la comunicazione e l'integrazione tra i diversi attori coinvolti nel percorso di programmazione avviato nel 2026. Sotto il profilo operativo, tali azioni si raccordano e si integrano con le attività della Rete Regionale Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH), specificamente dedicate al benessere organizzativo e al programma "Aver cura di chi ci cura" (si veda il paragrafo dedicato alla Rete HPH).
Particolare rilievo assumerà la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nei processi di programmazione regionale, quale elemento fondamentale per garantire che le azioni previste siano coerenti con i bisogni assistenziali, organizzativi e professionali dei servizi sanitari regionali.
Un ruolo determinante per l'efficacia delle attività programmate dal Piano strategico sarà attribuito alle Aziende del Servizio sanitario regionale, alle quali sarà demandata la concreta attuazione delle misure di miglioramento previste. Il coordinamento dell'attuazione del Piano sarà assicurato dalla Direzione centrale competente, con il supporto attivo di ARCS e dei componenti della Cabina di regia. avvalendosi anche dei flussi informativi derivanti dai report annuali integrati sul benessere organizzativo della Rete HPH.

9.1.5 Rafforzare la visibilità e l'attrattività delle professioni sanitarie e della formazione sanitaria specialistica

Nel corso del 2027, l'Amministrazione regionale prosegue l'attuazione delle azioni mirate a contrastare la carenza di personale infermieristico, consolidando le misure introdotte nel corso del 2026. Le attività si concentrano sulla continuità dei trasferimenti finanziari, sul monitoraggio degli impatti e sul potenziamento dell'offerta formativa.

In collaborazione con il mondo universitario, il 2027 vede la concreta attivazione e gestione dei nuovi percorsi formativi orientati alle competenze avanzate volti a colmare i fabbisogni emergenti:

- ✓ Programmazione dell'avvio delle Lauree Magistrali Specialistiche:
- Cure Primarie e Sanità pubblica
- Cure Pediatriche e Neonatali
- Cure Intensive e nell'Emergenza
- ✓ Nuovi Corsi Triennali: Attivazione e promozione del Corso di Laurea per Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Vascolare e del Corso di Laurea in Ortottica e assistenza oftalmologica, per iniziare le attività didattiche dall'a.a. 2027-2028 in modalità Interateneo.
- ✓ Promuovere la frequenza dei Corsi di Laurea in Infermieristica attraverso il trasferimento di risorse alle Università degli Studi di Trieste e di Udine per i premi di studio destinati agli studenti residenti in FVG iscritti ai Corsi di Laurea in Infermieristica.
- ✓ Rafforzare la visibilità e l'attrattività professionale attraverso interventi mirati quali:

a. Proseguono le attività volte a rafforzare attrattività dei corsi di laurea in infermieristica e delle professioni sanitarie. La Regione promuove lo sviluppo di canali di orientamento e di employer branding rivolti alle nuove generazioni, partendo dalle famiglie dei professionisti già inseriti nel sistema. L'azione strategica prevede la strutturazione e la sperimentazione di progetti innovativi regionali, con la finalità di portare a

conoscenza di giovani (anche figli dei dipendenti del SSR) le caratteristiche e peculiarità delle diverse professioni sanitarie anche, per quanto consentito, nell'ambito dei vari setting sanitari e accademici del territorio regionale.

b. *Rebranding* della figura del MMG Al fine di contrastare attivamente la progressiva carenza di Medici di Medicina Generale (MMG) la Regione nel corso del 2027 si focalizza sul superamento del divario informativo che allontana i giovani dalla professione del MMG, promuovendo la figura del MMG non solo come pilastro assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche come scelta professionale stimolante, autonoma ed economicamente gratificante.
L'intervento prevede, in collaborazione con ARCS, la strutturazione di un canale di comunicazione tra il mondo della formazione universitaria e la medicina territoriale. Attraverso l'organizzazione di giornate di orientamento dedicate, workshop interattivi e il contatto diretto con MMG di consolidata esperienza, si intende trasferire ai neolaureati e agli studenti degli ultimi anni di Medicina una visione concreta e moderna della professione. L'attività informativa metterà in luce la centralità clinica della presa in carico globale del paziente, l'evoluzione tecnologica degli studi medici (es. telemedicina, diagnostica di primo livello) e le nuove modalità di erogazione dell'attività presso le Case della Comunità e all'interno delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT). L'impatto atteso è il rilancio dell'attrattività della Medicina Generale, volto a stimolare un incremento delle domande di partecipazione al Corso di Formazione Specifica, anche alla luce degli interventi di sostegno con risorse regionali, massimizzando la copertura dei posti disponibili e garantendo la continuità assistenziale sul territorio.

Per il perseguimento delle finalità sopra esposte è definito, pertanto, il seguente intervento:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.1.5.a	Promuovere la visibilità e l'attrattività del percorso di formazione e della professione di MMG	Organizzazione di Open Day, giornate informative, in collaborazione con CEFORMED, per presentare la Medicina Generale come evoluzione della leadership sanitaria territoriale e della "medicina della persona".	eventi di orientamento realizzati entro 31.12.2027: > 2	ASUFC ASUGI ASFO BURLO CRO	Coinvolgimento attivo nelle attività organizzate dalla Regione per la promozione della figura del MMG	Progettazione ed organizzazione della campagna informativa con il coinvolgimento dei giovani MMG testimonial	Coordinamento, monitoraggio e verifica delle attività poste in essere entro il 31.12.2027

9.1.6 Sviluppo delle professioni sanitarie: qualità e appropriatezza nell'esercizio delle competenze - progetto di sviluppo biennale

Nella complessità del sistema sanitario attuale, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'orientamento delle organizzazioni è quello di definire percorsi ad alta appropriatezza in cui valorizzare i professionisti mettendo al centro i bisogni dei pazienti e l'efficacia dell'organizzazione così da ridisegnare il lavoro affinchè ogni attività sia svolta dal professionista, dal team, dal paziente/caregiver o dalla tecnologia più corretta per ogni specifico bisogno.
Nel corso del 2027 si affronterà il tema mappando le competenze all'interno delle professioni sanitarie in un'ottica

di task sharing all'interno delle quattro classi delle professioni sanitarie orientando appropriatamente attività verso professionisti adeguatamente formati e specializzati coerentemente con i profili e le professioni presenti nell'organizzazione.
Per il perseguimento delle finalità sopra esposte è definito, pertanto, il seguente obiettivo:

<table>
<tr><th>cod. ob.</th><th>Obiettivo</th><th>Indicatore</th><th>Target</th><th colspan="2">Target aziende</th><th>Ruolo ARCS</th><th>Ruolo DCS</th></tr>
<tr><td rowspan="5">9.1.6.a</td><td rowspan="10">Piano di ridefinizione e ridistribuzione delle competenze e dei ruoli tra i diversi professionisti coinvolti nei processi di lavoro (Task Sharing) - 1° Anno</td><td rowspan="5">Avvio delle azioni/attività dei gruppi di lavoro per il 1° anno</td><td rowspan="5">Entro il 30/04/2027</td><td>ASUFC</td><td rowspan="5">- Nomina dei referenti aziendali per le diverse professioni entro il 31.03.2027
- Avvio delle attività dei gruppi formali entro il 30/04/2027</td><td rowspan="10">ARCS assicura il coordinamento regionale, definisce la metodologia da adottare nei gruppi di lavoro e la supervisione delle attività.
In collaborazione con i Referenti delle Professioni Sanitarie, definisce la metodologia comune, supporta l'individuazione delle priorità, garantisce il confronto interaziendale e multiprofessionale, monitora l'avanzamento e predispone il piano di miglioramento regionale</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>ASUGI</td></tr>
<tr><td>ASFO</td></tr>
<tr><td>BURLO</td></tr>
<tr><td>CRO</td></tr>
<tr><td rowspan="5">9.1.6.b</td><td rowspan="5">Il Piano è stato definito</td><td rowspan="5">Piano regionale entro il 30/11/2027</td><td>ASUFC</td><td rowspan="4">Partecipazione ai gruppi di lavoro dei Referenti aziendali competenti almeno nel 90% degli incontri</td><td rowspan="5">Valutazione e successivo recepimento del piano entro 31/12/2027</td></tr>
<tr><td>ASUGI</td></tr>
<tr><td>ASFO</td></tr>
<tr><td>BURLO</td></tr>
<tr><td>CRO</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>ARCS</td><td>Trasmissione alla DCS della proposta di piano</td><td></td></tr>
</table>

9.1.7 Sviluppo professioni sanitarie: configurazione e riconfigurazione organizzativa per la gestione del personale

In continuità con le attività del 2026, che hanno portato all'elaborazione di un progetto con sviluppo quinquennale, l'azione per il 2027 prevede l'avvio del 2° step progettuale finalizzato alla definizione della policy regionale sulle idoneità parziali e limitazioni mansione. ARCS coordinerà il percorso supportando metodologicamente gli Enti nell'applicazione e sperimentazione sul campo degli strumenti individuati, orientando la gestione verso logiche di compassionate management. La DCS assicurerà la supervisione strategica e la validazione degli esiti, monitorando l'impatto organizzativo a livello regionale.

9.2 Risultanze delle manovre personale 2025 e 2026

Dalle risultanze dei bilanci consuntivi 2025 degli Enti il personale dipendente in servizio alla data del 31.12.2025, esclusi gli universitari, risulta pari a 20.718 unità di cui 149 unità del personale del ruolo della ricerca sanitaria.
Detto personale comprende n. 3.085 dirigenti medici (14,89%), n. 7.346 infermieri (35,46%), n. 3.549 O.S.S. (17,13%) e n. 1.864 amministrativi (9,00%) così suddivisi per fascia di età:

Fascia Età	Medici		Infermieri		OSS		Amministrativi	
Minore/uguale 29 anni	1,26%		11,60%		2,20%		3,93%	
Da 30 a 39 anni	32,35%		23,59%		15,05%		17,19%	
Da 40 a 49 anni	28,53%		16,00%		25,36%		22,79%	
Da 50 a 59 anni	23,57%	37,86%	40,18%	48,81%	40,52%	57,40%	36,10%	56,09%
Oltre 60 anni	14,29%		8,63%		16,88%		19,99%	
	100,00%		**100,00%**		**100,00%**		**100,00%**	

Il costo sostenuto nel 2025 per il personale dipendente (BA2080) ammonta ad euro 1.164.323.586,40.

La dotazione organica complessiva rilevata negli Enti con riferimento al 31.12.2025 risulta pari a 21.764 unità, comprensiva di 190. unità del personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca escluso il personale universitario docente e ricercatore.

Per l'anno 2026 il fabbisogno di personale dipendente, così come rilevato dagli Enti del SSR, è stato autorizzato con decreti del Direttore Centrale:

- ARCS n. 38389/GRFVG del 15.07.2026;
- ASFO n. 8176/GRFVG del 20.02.2026;
- ASUFC n. 8175/GRFVG del 20.02.2026;
- ASUGI n. 26986/GRFVG del 20.05.2026;
- BURLO n. 10904/GRFVG del 03.03.2026;
- CRO n. 10847/GRFVG del 03.03.2026

e successive integrazioni a seguito delle rimodulazioni proposte in occasione dei report infrannuali.
Il costo stimato a manovra occupazionale completata per il personale dipendente (BA2080) per l'anno 2026 è pari ad euro 1.214.302.255,85 e, a regime nel 2027, pari ad euro 1.240.692.909,14 (dati da 2° report 2026).

I costi del personale sono comprensivi delle quote a carico dei finanziamenti ministeriali per la ricerca, dei costi per la dotazione organica aggiuntiva ad esaurimento di cui all'articolo 17 comma 4 della L.R. 16/2022 "*Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia*", dell'indennità di vacanza contrattuale riferita ai CCNL del triennio 2025-2027 nonché degli oneri derivanti dalle risorse straordinarie stanziate con la finalità di sopperire alle criticità operative rappresentate dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale conseguenti alla difficoltà di reperire adeguate professionalità nei servizi particolarmente disagiati per tipologia di turnistica o di attività, nonché di rafforzare i meccanismi di fidelizzazione e di attrazione del personale operante in detti servizi, con particolare riferimento al personale della Dirigenza dell'Area Sanità e al personale dell'Area del Comparto Sanità per complessivi euro 36.596.370,51. Tali risorse risultano attribuite agli Enti con le DGR n. 449 e n. 450 del 02.04.2026.

A seguito della sottoscrizione dell'ipotesi di CCNL comparto sanità - triennio 2025-2027 avvenuta in data 29.07.2026, si stima un incremento dei costi del personale 2026 (BA2080+IRAP) di circa 41 milioni.
Al momento non risultano sottoscritte le altre ipotesi relative alla dirigenza area sanità e funzioni locali.

9.3 Effetti delle politiche regionali

Con riferimento alle dotazioni complessive del personale del comparto sanitario del SSR e, in particolare, del personale infermieristico, nell'ultimo anno si è assistito ad un'inversione di tendenza rispetto al costante decremento che aveva caratterizzato gli anni tra il 2023 e il 2025.

Per il personale della dirigenza sanitaria, a partire dal 2024 si è registrato un costante incremento delle unità in servizio.

I dati sono riassunti come da tabella che si riporta:

Ruolo	Contratto	dotazione al 31/12/2023	dotazione al 31/12/2024	dotazione al 31/12/2025	dotazione al 30/06/2026
		unità	unità	unità	unità
Sanitario	Dirigenza	3.613	3.712	3.858	3.940
	di cui medici	3.029	3.115	3.229	3.286
	Comparto	10.364	10.225	10.213	10.303
	di cui infermieri	7.362	7.236	7.189	7.258
Socio san.	Dirigenza	7	6	4	5
	Comparto	3.630	3.627	3.669	3.709
	di cui oss	3.510	3.510	3.549	3.569
Totale		17.614	17.570	17.744	17.957

Le politiche regionali hanno inciso in modo significativo sul trattamento economico del personale sanitario, del comparto e della dirigenza, con incrementi sulle voci indennitarie come da riepilogo sottostante.

COMPARTO valori unitari indennità e incrementi regionali				
indennità pronto soccorso			**valore mensile 2025**	**valore mensile 2026**
	Profes. Salute SORES		500	600
	Profes. Salute Enti con PS		300	450
	Assistenti e operatori		150	250
	Personale supporto		100	150
Incremento indennità PD		**valore orario CCNL**	**incremento 2025**	**incremento 2026**
		euro	**euro**	**euro**
	Profes. Salute	1,80	1,00	1,00
	Altri ruolo sanit e socio sanit	4,00	0,50	0,50
Incremento indennità servizio notturno		**valore orario CCNL**	**incremento 2025**	**incremento 2026**
		euro	**euro**	**euro**
	Profes. Salute	4,00	5,00	5,00
	Altri ruolo sanit e socio sanit	4,00	1,00	2,00
Incremento indennità particolari servizi		**valore giornaliero CCNL**	**incremento 2025**	**incremento 2026**
		euro	**euro**	**euro**
	Profes. Salute	5,00	2,50	2,50
	Profes. Salute SORES	5,00	10,00	10,00
	Altri ruolo sanit e socio sanit	5,00	0,50	0,50

DIRIGENZA AREA SANITA' valori unitari incrementi			
	valore orario CCNL	**valore orario 2025**	**valore orario 2026**
indennità pronto soccorso	1,00	**3,00**	**4,50**
Incremento regionale indennità pronto soccorso	-	**7,00**	7,00
	valore orario CCNL	**incremento 2025**	**incremento 2026**
	euro	**euro**	**euro**
Incremento indennità PD	2,00	2,00	2,00
Incremento indennità servizio festivo	2,55	7,45	7,45

Quanto sopra ha inciso sul trattamento economico annuo del personale sanitario - in misura differenziata a seconda del profilo professionale di appartenenza, della struttura di assegnazione e di ulteriori voci variabili quali, per esempio, il numero di turni - apportando un incremento lordo annuo che, nelle quote più elevate, è quantificabile in € 9.000 circa per il personale del comparto e in € 22.000 circa per il personale della dirigenza.

A partire dal 2025 e sino ai primi mesi del 2026 gli Enti del SSR hanno inoltre acquisito complessivamente n. 74 domande – di cui n. 45 presentate da infermieri - di ricostituzione del rapporto di lavoro da parte di personale in precedenza fuoriuscito dal SSR.

DOMANDE DI RICOSTITUZIONE RAPPORTI DI LAVORO PERVENUTE	
	SSR
Infermiere	45
ostetrica	3
OSS	17
TSRM	1
coadiutore amm	1
assistente amm	1
TOTALE ISTANZE COMPARTO	**68**
DIRIGENZA	
dirigente medico	6
TOTALE ISTANZE DIRIGENZA	**6**

Da ultimo, si evidenzia che, nell'ottica di ritenzione del personale, ARCS ha attivato a fine 2025 una specifica piattaforma denominata MOBI alla quale possono accedere tutti i dipendenti del comparto del Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia manifestando la propria disponibilità a spostarsi in un'altra struttura del sistema salute regionale. Un tanto al fine di intercettare ed associare le domande tra loro compatibili, favorendo percorsi di mobilità all'interno del SSR ed evitando così la fuoriuscita dal sistema.

9.4 Autonomia gestionale e sostenibilità della spesa per il personale

A decorrere dall'esercizio 2027, il governo della spesa per il personale degli Enti del Servizio sanitario regionale è orientato al superamento dell'utilizzo del tetto specifico di spesa quale principale strumento di regolazione delle risorse umane, a favore di un modello fondato sulla programmazione dei fabbisogni, sulla verifica continuativa della sostenibilità economica delle scelte gestionali e sulla responsabilità delle direzioni aziendali nel garantire il rispetto degli equilibri di bilancio. A salvaguardia dell'equilibrio del bilancio regionale, il limite complessivo di spesa del Servizio sanitario regionale è fissato nell'importo previsto dal bilancio preventivo economico consolidato approvato per il 2027, tenuto conto delle eventuali variazioni formalmente approvate. Il bilancio preventivo economico approvato di ciascun Ente definisce per ciascuno il relativo vincolo di spesa, in coerenza con il finanziamento assegnato per l'esercizio 2027. La programmazione e la gestione del personale devono assicurare il rispetto di tale vincolo.

Il modello di governo si estende all'insieme delle modalità attraverso le quali gli Enti assicurano le risorse professionali e l'erogazione dei servizi, comprendendo, oltre al personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, il lavoro somministrato, gli incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione, il ricorso a convenzioni e l'affidamento a soggetti esterni di attività e servizi. Le relative scelte sono oggetto di programmazione e monitoraggio unitari, indipendentemente dalla forma contrattuale adottata e dalla classificazione contabile dei costi, e sono valutate in relazione ai fabbisogni, al costo complessivo, alla sostenibilità nel tempo e alla qualità e continuità dei servizi, sotto la responsabilità delle direzioni aziendali.

L'autonomia gestionale degli Enti è accompagnata dal monitoraggio continuativo della coerenza tra le previsioni di bilancio e l'andamento effettivo dei costi, nonché dalla valutazione del rapporto tra le risorse impiegate, le attività garantite e i risultati conseguiti. Le decisioni relative al personale, alle diverse modalità di acquisizione delle risorse professionali e all'esternalizzazione dei servizi sono definite e valutate in modo integrato nell'ambito della programmazione sanitaria, organizzativa ed economica aziendale, nel rispetto della normativa e della contrattazione vigenti, assicurando la continuità dei servizi, la sicurezza delle cure e il mantenimento degli equilibri complessivi di bilancio.
Particolare rilievo assume la sostenibilità delle decisioni nel medio e lungo periodo, con specifico riferimento agli oneri ricorrenti o destinati ad assumere carattere strutturale. Le scelte che comportano nuovi o maggiori costi devono essere valutate considerando sia l'impatto sull'esercizio di attuazione, sia il costo annuo a regime e gli effetti sugli esercizi successivi, in relazione alle risorse stabilmente disponibili. Le economie temporanee o occasionali non possono, da sole, giustificare l'assunzione di nuovi impegni di spesa a carattere permanente, la cui copertura deve essere assicurata anche a regime.
Restano confermati, per l'esercizio 2027, gli obblighi di programmazione annuale e triennale dei fabbisogni di personale e le relative procedure autorizzative. Le eventuali rimodulazioni della programmazione sono rimesse all'autonomia gestionale degli Enti. Le rimodulazioni sono comunicate alla Direzione centrale al fine del monitoraggio e aggiornamento della programmazione complessiva. Restano altresì confermati i monitoraggi trimestrali già previsti, con le rispettive finalità, contenuti, scadenze e modalità di svolgimento.

9.4.1 Monitoraggio dei costi per il personale e per le altre forme di acquisizione del lavoro

A decorrere dall'esercizio 2027, gli Enti sono tenuti ad assicurare un monitoraggio mensile dei costi per il personale, delle altre modalità di acquisizione delle risorse professionali e dell'esternalizzazione dei servizi, secondo criteri omogenei e sulla base di dati verificabili. Il riferimento per la gestione e il monitoraggio è costituito dal bilancio preventivo economico approvato, tenuto conto delle eventuali variazioni formalmente approvate. L'aggregato dei costi oggetto di monitoraggio risponde a finalità di analisi e controllo e non costituisce un autonomo tetto.
Il monitoraggio mensile ha natura gestionale e previsionale e non richiede una chiusura contabile mensile. È finalizzato a fornire una rappresentazione tempestiva dell'andamento dei costi e della sua prevedibile evoluzione, sulla base delle informazioni operative e delle evidenze contabili disponibili, integrate da stime motivate. Le valutazioni sono formulate secondo la migliore conoscenza dei fatti e il responsabile giudizio professionale delle strutture competenti, sotto la responsabilità delle direzioni aziendali, esplicitando le principali ipotesi adottate e gli eventuali margini di incertezza e aggiornando le previsioni alla luce degli elementi progressivamente acquisiti. Il monitoraggio deve consentire di verificare periodicamente l'andamento dei costi rispetto alla programmazione approvata, la previsione di chiusura dell'esercizio, nonché gli effetti a regime e pluriennali delle decisioni assunte e delle manovre programmate, anche in relazione alle risorse impiegate e alle attività garantite.
In tale prospettiva, gli scostamenti significativi rispetto al bilancio preventivo economico approvato, tenuto conto delle eventuali variazioni formalmente approvate, e quelli suscettibili di incidere, anche cumulativamente, sull'equilibrio complessivo di bilancio o sugli obiettivi assistenziali devono essere adeguatamente analizzati e motivati dall'Ente. L'analisi deve evidenziare le cause degli scostamenti, i relativi effetti, le compensazioni e le misure correttive individuate, con i tempi di attuazione e gli effetti attesi. Gli scostamenti devono inoltre essere ricondotti, per quanto possibile, alle rispettive cause, distinguendo gli effetti derivanti dalle decisioni aziendali da quelli conseguenti a rinnovi contrattuali, disposizioni normative sopravvenute o interventi della programmazione regionale/nazionale o altre cause esogene.
Le Direzioni generali sono responsabili della completezza e dell'attendibilità delle informazioni e delle previsioni trasmesse, del rispetto delle scadenze e dell'adozione tempestiva delle misure di propria competenza. ARCS

assicura il coordinamento del processo e la verifica della coerenza e della comparabilità dei dati nonché la valutazione complessiva anche con particolare riferimento ai rischi in merito all'incremento non previsto della spesa, mentre la Direzione centrale esercita le funzioni di indirizzo, disponendo, ove necessario, gli interventi conseguenti di propria competenza. La trasmissione delle rilevazioni, le verifiche effettuate da ARCS e l'esame da parte della Direzione centrale non costituiscono autorizzazione delle scelte gestionali rappresentate dagli Enti né riconoscimento di presupposto per l'attribuzione di ulteriori finanziamenti.
A fini di tempestività e uniformità del sistema, il monitoraggio prevede scadenze mensili definite: gli Enti trasmettono la rilevazione ad ARCS e alla Direzione centrale entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento; ARCS completa le verifiche e rende disponibile il quadro regionale entro il giorno 25 del medesimo mese; entro l'ultimo giorno dello stesso mese la Direzione centrale procede all'esame delle eventuali criticità e all'individuazione degli interventi di propria competenza. In presenza di un peggioramento del risultato economico previsto o di criticità nella copertura di oneri ricorrenti, la comunicazione deve essere effettuata tempestivamente, senza attendere la successiva scadenza mensile. Il sistema dovrà essere operativo dall'inizio dell'esercizio 2027. Il primo monitoraggio ordinario riguarderà il mese di gennaio 2027, con trasmissione entro il 15 febbraio 2027.
Le modalità tecniche, i contenuti di dettaglio, il perimetro delle esternalizzazioni oggetto di rilevazione, i criteri di rilevanza degli scostamenti, gli strumenti di rilevazione e gli ulteriori aspetti operativi del monitoraggio saranno disciplinati con apposito atto del Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità, da adottare entro il 31 dicembre 2026, sulla base degli indirizzi sopra delineati.
La quantificazione della spesa per il personale nel bilancio preventivo economico deve rappresentare il costo che si prevede effettivamente di sostenere nell'esercizio e non può derivare dalla mera valorizzazione teorica della piena copertura dei fabbisogni programmati. La previsione è formulata sulla base del personale in servizio, delle cessazioni previste, degli impegni già assunti e delle assunzioni programmate ritenute realizzabili, tenendo conto delle relative decorrenze, dello stato delle procedure di reclutamento, dei tempi ragionevolmente necessari alla loro conclusione e delle dinamiche retributive prevedibili.
Gli Enti esplicitano, mediante un apposito prospetto di raccordo, il rapporto tra il costo della completa attuazione del piano dei fabbisogni, il costo previsto nell'esercizio e gli effetti sugli esercizi successivi, indicando le ipotesi adottate e le ragioni delle differenze. La previsione tiene altresì conto dei costi delle modalità sostitutive o integrative di acquisizione delle risorse professionali e dei servizi, in relazione ai periodi di effettivo utilizzo, evitando duplicazioni nella quantificazione degli oneri.
La differenza tra il costo teorico della piena copertura dei fabbisogni e il costo realisticamente previsto nell'esercizio non costituisce, di per sé, un'economia di gestione né una disponibilità aggiuntiva di spesa. Resta ferma la verifica della sostenibilità a regime delle decisioni programmate, anche in relazione alla successiva copertura delle posizioni temporaneamente vacanti.
Il monitoraggio dei costi per il personale e per le altre forme di acquisizione del lavoro di cui al presente paragrafo si integra con le attività del 2027 previste per il Piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale di cui al successivo paragrafo 9.6

9.4.2 Trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende

In caso di trasferimento di servizi/attività/funzioni tra Aziende cui consegua anche il passaggio di personale, il costo relativo ai rapporti di lavoro oggetto di trasferimento che incide sul vincolo di spesa dovrà risultare da apposita certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare di tali risorse - incluse le correlate quote di fondo - e le unità di personale coinvolte. I predetti trasferimenti di risorse fra le Aziende saranno ad invarianza di costo complessivo.

9.4.3 Esternalizzazione e internalizzazione di servizi

In conformità a quanto previsto dall'art. 6-bis del D.Lgs. n. 165/2001 in casi di processi di esternalizzazione, le aziende interessate sono tenute al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità del personale. Al ricorrere di tale fattispecie, gli enti dovranno produrre i verbali del Collegio Sindacale da cui emerga l'evidenza dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di personale. Di tali operazioni dovrà essere data evidenza nei report previsti in corso d'anno. Analoga evidenza interesserà anche i processi di reinternalizzazione di servizi.

9.4.4 Prestazioni aggiuntive

Le prestazioni aggiuntive devono essere utilizzate secondo criteri di eccezionalità, temporaneità e convenienza economico-organizzativa.

L'Ente deve verificare prioritariamente se il fabbisogno possa essere soddisfatto mediante:

- riorganizzazione interna;
- assunzione di personale;
- mobilità interna o interaziendale;
- rimodulazione degli orari e dei turni;
- utilizzo di strumenti di flessibilità organizzativa;
- solo successivamente, prestazioni aggiuntive.

Le prestazioni aggiuntive, nei limiti di spesa previsti dalla contrattazione collettiva nazionale, fatte salve diverse disposizioni legislative nazionali/regionali, devono essere monitorate separatamente e devono essere evidenziate nei report mensili e trimestrali.

9.5 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2027-2029

In conformità al decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, adottato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, n. 132 del 30 giugno 2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" nella redazione del "Piano triennale dei fabbisogni del personale", gli enti dovranno rappresentare:

a) la consistenza di personale al 31.12.2026, suddivisa per categorie, ruoli e profili, con evidenza separata per il personale universitario, della ricerca e della dotazione organica aggiuntiva ad esaurimento di cui al all'art. 17, c. 4, della LR 16/2022;
b) la programmazione delle risorse umane 2027 tenendo conto:
   - della capacità assunzionale in riferimento ai vincoli di bilancio;
   - della stima del trend delle cessazioni note e presunte;
   - della mobilità del personale;
   - delle azioni di riorganizzazione che impattano sull'impiego di personale compresi i processi di internalizzazione, esternalizzazione e trasferimento di funzioni. Con specifico riferimento ai servizi per la disabilità di cui alla LR 16/2022, le aziende dovranno evidenziare le unità di personale complessivamente destinate ai predetti servizi suddivisi fra personale della dotazione organica aggiuntiva ad esaurimento e personale proprio del SSR;
   - dei percorsi di riqualificazione del personale e dei passaggi all'interno della medesima area tra profili diversi;
   - della possibilità di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di legge;

c) le strategie e modalità di copertura del fabbisogno.

Nell'ambito della sostenibilità con i vincoli di bilancio, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l'anno 2027 compilando le apposite tabelle per le quali verranno fornite specifiche indicazioni, comprese le tabelle relative ai processi di internalizzazione ed esternalizzazione di servizi.

Ricordato che il PTFP 2027-2029 riguarda tutte le tipologie di personale (tempo indeterminato, tempo determinato, lavoro flessibile) indispensabili per l'assolvimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto della programmazione sanitaria e in coerenza con la struttura organizzativa delineata dagli atti aziendali, i Piani dovranno contenere l'indicazione:

- del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato suddiviso per area, ruolo e profilo, da esprimersi sia in teste che in tempo pieno equivalente (FTE), con specifica evidenza del personale della ricerca, del personale universitario che svolge funzioni assistenziali e del personale della dotazione organica aggiuntiva di cui all'art. 17, c. 4, della L.R. 16/2022 i cui costi gravano sul bilancio sanità;
- del personale con contratti flessibili (lavoro autonomo, co.co.co., libera professione., rapporti di somministrazione …).

In caso di assunzioni/cessazioni in corso d'anno il numero di teste deve essere indicato per intero.

La manovra dovrà essere quantificata, dal punto di vista dei costi, in ragione d'anno, indipendentemente dalla data di assunzione o di cessazione nel caso di turn-over al fine di non generare il cd "effetto trascinamento".

La dotazione dovrà essere espressa alla data del 31 dicembre di ogni anno.

L'Azienda regionale di coordinamento per la salute valuterà i PTFP proposti dalle aziende del SSR e trasmetterà alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento dei piani stessi, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio, la proposta di approvazione dei PTFP aziendali. Nei successivi 30 giorni la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà all'approvazione dei predetti Piani, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità provvederà ad approvare il PTFP dell'ARCS entro 60 giorni dal ricevimento, fatte salve eventuali sospensioni per esigenze di carattere istruttorio.

Si evidenzia che l'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2027, nei limiti previsti dai costi e degli FTE (Full Time Equivalent) autorizzati; per le annualità 2028 e 2029 ha invece un valore esclusivamente programmatorio, non determinando alcuna autorizzazione di assunzione o di spesa.

Nei trenta giorni successivi all'approvazione da parte della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, le Aziende provvederanno alla trasmissione dei contenuti dei PTFP tramite il sistema di cui all'articolo 60 del D. Lgs. 165/2001, pena l'impossibilità di effettuare nuove assunzioni nel triennio di riferimento.

9.6 Piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale

Al fine di proseguire nel garantire la sostenibilità e la coerenza delle politiche di programmazione sanitaria con gli obiettivi assegnati per il triennio 2026-2028, la Direzione Centrale Salute prosegue, nell'anno 2027, con il piano straordinario di verifica degli organici e degli standard del personale, con particolare riferimento a:

1. sviluppo dell'assistenza territoriale: confronto tra organici effettivi e funzioni assistenziali previste dalla normativa nazionale e regionale, con attenzione al pieno dispiegamento del modello DM 77/2022;
2. funzioni centralizzate a valenza regionale: rilevazione dei costi e delle dotazioni di personale correlate a centri e strutture con funzione regionale;
3. processi di esternalizzazione e internalizzazione: analisi comparativa degli effetti in termini di fabbisogno di personale, standard di qualità ed equilibrio economico;

9.7 Supporto nella gestione degli utilizzi di personale

Nell'ambito delle funzioni di coordinamento e supporto al Servizio sanitario regionale attribuite dalla L.R. 17 dicembre 2018, n. 27, ARCS assicura altresì attività di supporto alla Direzione Centrale salute, politiche sociali e disabilità nella gestione degli utilizzi di personale ai sensi dell'art. 30 della L.R. 26 ottobre 2006, n. 19.

10. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM

Nel 2026 è stato revisionato il "*Regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia ai sensi dell'articolo 8, della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 27 (Legge finanziaria 2015)*" (DGR 1258/2026 "Lr 27/2014, art 8. regolamento per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel friuli venezia giulia. Adozione", emanato con Decreto presidenziale n. 104 del 09/09/2026).

Va segnalato inoltre che la delibera n. 10 del 5 marzo 2026 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha introdotto una revisione organica dei criteri di attribuzione dei crediti ECM e delle tipologie formative, con l'obiettivo di uniformare il sistema ai nuovi modelli organizzativi, alle innovazioni metodologiche e all'evoluzione delle tecnologie per la formazione. Il provvedimento prevede che gli Enti accreditanti adeguino i propri sistemi informatici e procedurali entro il 31 dicembre 2026, continuando ad applicare le disposizioni vigenti fino al completamento degli adeguamenti.

Sono stati quindi realizzati gli interventi di adeguamento dei sistemi informatici e informativi regionali dedicati alla gestione dell'accreditamento e dell'erogazione degli eventi ECM ed è in fase di aggiornamento il Manuale per l'accreditamento degli eventi formativi del sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia.

Le principali novità riguardano:

- la ridefinizione e l'ampliamento delle tipologie formative, con l'introduzione della formazione ibrida quale nuova modalità autonoma e la più puntuale disciplina della FAD sincrona e asincrona, della videoconferenza, della simulazione e della formazione blended;
- la revisione dei criteri di attribuzione dei crediti ECM, con nuovi meccanismi di valorizzazione delle metodologie didattiche interattive, delle tematiche individuate come prioritarie a livello nazionale o regionale e delle attività di tutoring;
- l'aggiornamento delle regole relative alla formazione sul campo (training individualizzato, gruppi di miglioramento, audit, studi e ricerche), con una migliore definizione dei requisiti, delle modalità di verifica dell'apprendimento e dei criteri di assegnazione dei crediti;
- il rafforzamento degli obblighi di tracciabilità, controllo e accessibilità delle piattaforme formative, prevedendo la possibilità per gli organismi di accreditamento di accedere alle attività formative anche ai fini della verifica della qualità dell'offerta.

Si recepiscono i principi e gli obiettivi stabiliti dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025, recante "*Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti*" e le linee guida della Direttiva congiunta dei Ministri per la Pubblica Amministrazione e della Salute in materia di "*Misurazione e valutazione della performance individuale per l'area e il comparto Sanità" del 28/10/2025* . Tali atti di indirizzo fissano un obiettivo strutturale e misurabile di almeno 40 ore annue di formazione pro-capite per tutti i dipendenti pubblici, inclusi i dirigenti, elevando la formazione a specifico obiettivo di performance organizzativa e individuale. Detto adempimento, focalizzato sullo sviluppo di competenze digitali, gestionali e trasversali (soft skills), si configura come un percorso parallelo, distinto rispetto all'obbligo dei crediti

ECM esclusivo dei professionisti sanitari. Le Aziende/Enti integrano questi obiettivi formativi strategici all'interno del proprio Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

10.1 Pianificazione della formazione

10.1.1 Piano della Formazione Regionale (PFR) e Piano della Formazione Aziendale (PFA)

Il Piano della Formazione Regionale (PFR) – Parte strategica rappresenta lo strumento di programmazione del sistema regionale della formazione continua e dell'ECM, attraverso il quale sono individuati gli indirizzi strategici per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociosanitario. Esso definisce gli ambiti tematici prioritari sui quali si sviluppa il Piano della Formazione Regionale – Catalogo delle attività formative, contenente l'offerta formativa di rilievo regionale. Il PFR – Parte strategica è adottato dal competente Servizio della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS) entro sessanta giorni dall'approvazione definitiva delle Linee di gestione annuali del Servizio sanitario regionale.
In attuazione del PFR, ARCS adotta il Piano della Formazione Regionale – Catalogo delle attività formative, nel quale sono programmati i percorsi formativi di valenza regionale. Tali percorsi sono realizzati direttamente da ARCS oppure da altro provider del Servizio sanitario regionale individuato dalla stessa ARCS. Qualora l'attività sia affidata ad altro provider SSR, i relativi eventi devono essere ricompresi anche nel Piano della Formazione Aziendale (PFA) dell'Azienda o dell'Ente che ne cura l'erogazione. Le Aziende e gli Enti del SSR trasmettono ad ARCS la rendicontazione dei percorsi formativi con cadenza trimestrale e annuale. ARCS provvede al monitoraggio e al controllo dell'attuazione dei Piani, predisponendo una rendicontazione complessiva, comprensiva delle attività direttamente realizzate dalla stessa Azienda, da trasmettere al competente Servizio della Direzione centrale salute.
I costi relativi all'attuazione del Piano della Formazione Regionale sono finanziati mediante le risorse assegnate con le finalizzazioni regionali extra Fondo sanitario regionale 2027 - Piano della formazione, comunicazione e studi.
Le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale definiscono, in un'apposita sezione del rispettivo PA/PAL/PAO 2027, gli obiettivi strategici e le aree di intervento da sviluppare nel corso dell'anno, in coerenza con gli indirizzi formulati dagli organi nazionali e regionali competenti e con le presenti Linee di gestione. In attuazione delle suddette linee strategiche, ciascuna Azienda/Ente adotta il Piano della Formazione Aziendale (PFA), nel quale sono declinati i singoli percorsi formativi secondo il format regionale condiviso. Il PFA costituisce allegato al PIAO 2027-2029.
Il PFR – Parte strategica, il Piano della Formazione Regionale – Catalogo delle attività formative e i Piani della Formazione Aziendale (PFA) possono essere oggetto di integrazione nel corso dell'anno, qualora emergano sopravvenute esigenze formative o specifici indirizzi regionali.
Il PFR – Parte strategica e il Piano della Formazione Regionale – Catalogo delle attività formative potranno essere integrati entro il primo semestre (30/06/2027); le Aziende/Enti del SSR dovranno eventualmente e conseguentemente integrare i rispettivi PFA 2027 entro 30 giorni dall'integrazione del PFR.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.1.1.a	Pianificazione delle attività formative aziendali 2027	Definizione nel Piano attuativo degli obiettivi strategici aziendali in materia di formazione.	Adozione dei documenti entro i termini previsti per l'approvazione del Piano attuativo	ASFO	entro termini Piano attuativo	Coordina-mento, supporto metodo-logico	Verifica coerenza obiettivi strategici aziendali con Linee di gestione e PFR
				ASUFC	entro termini Piano attuativo		
				ASUGI	entro termini Piano attuativo		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				BURLO	entro termini Piano attuativo		
				CRO	entro termini Piano attuativo		
				ARCS	entro termini Piano attuativo		
10.1.1.b		Adozione del Piano della Formazione Aziendale (PFA), quale allegato al PIAO 2027-2029	Adozione dei documenti entro i termini previsti per l'approvazione del PIAO	ASFO	entro 31.1.2027	Coordina-mento, supporto metodo-logico	Verifica coerenza obiettivi strategici aziendali con Linee di gestione e PFR
				ASUFC	entro 31.1.2027		
				ASUGI	entro 31.1.2027		
				BURLO	entro 31.1.2027		
				CRO	entro 31.1.2027		
				ARCS	entro 31.1.2027		
10.1.1.c	Adozione del Piano della Formazione Regionale – Catalogo delle attività formative 2027	Predisposizione e adozione del Catalogo regionale delle attività formative in attuazione del PFR – Parte strategica.	Adozione catalogo corsi (PFR) con stessi termini del PFA	ARCS	entro 31.1.2027	coordinamento	Verifica della coerenza del Catalogo con il PFR – Parte strategica.

10.1.2 La Relazione annuale regionale

La Relazione annuale regionale costituisce il documento di sintesi e di rendicontazione delle attività formative realizzate e dei risultati conseguiti nell'ambito della formazione continua e dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) promosse nel Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia.

A tal fine, tutti i Provider ECM del Servizio sanitario regionale trasmettono al Servizio personale SSR e formazione e ad ARCS la Relazione annuale sulle attività formative realizzate nell'anno 2026 entro il 31 marzo 2027, secondo il format e le modalità definite dai competenti organi nazionali in materia e trasmesse da ARCS. Sulla base delle relazioni pervenute, ARCS predispone la Relazione annuale regionale, che viene trasmessa al competente Servizio della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, al fine dell'inoltro alla Commissione nazionale FC nei tempi previsti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.1.2.a	Rendicon-tazione della formazione anno 2026	Elaborazione della relazione annuale dei provider regionali della formazione secondo il format condiviso	Relazione annuale aziendale inviata entro il 31.03.2027 a Servizio personale SSR e formazione (DCS) e ARCS	ASFO	entro 31.03.2027	Trasmissione del format e raccolta delle relazioni dei Provider SSR	Verifica
				ASUFC	entro 31.03.2027		
				ASUGI	entro 31.03.2027		
				BURLO	entro 31.03.2027		
				CRO	entro 31.03.2027		
				ARCS	entro 31.03.2027		
10.1.2.b	Rendicontaz ione della formazione anno 2026	Elaborazione della Relazione annuale regionale.	Relazione annuale regionale trasmessa alla DCS entro il 30.04.2027	ARCS	entro 30.04.2027	Coordina mento e monitorag gio	Adozione relazione annuale e trasmissione dei dati alla Commissione nazionale FC nei tempi previsti

10.2 Iniziative formative regionali strategiche

10.2.1 Aspetti formativi del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029

Il Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029 individua lo sviluppo delle competenze degli operatori quale elemento essenziale per assicurare l'efficacia delle misure di prevenzione, sorveglianza, preparedness e risposta. Le iniziative formative saranno programmate e realizzate in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali, valorizzando il modello di governance integrata tra Direzione centrale salute, ARCS, Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale e la rete regionale dei formatori, al fine di garantire omogeneità metodologica, uniformità delle risposte e adeguata contestualizzazione rispetto alle specificità organizzative e territoriali del Friuli Venezia Giulia. Anche per l'annualità 2027 i percorsi formativi previsti in attuazione del Piano strategico operativo regionale costituiscono una linea formativa prioritaria per tutti i Provider del Servizio sanitario regionale. Le Aziende e gli Enti del SSR sono pertanto tenuti ad assicurarne la realizzazione, favorendo la più ampia partecipazione del personale interessato e garantendone il monitoraggio e la rendicontazione secondo le modalità definite da ARCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.1.a	Percorso formativo dedicato alla preparedness e alla readiness pandemica secondo l'approccio One Health, rivolto al personale del SSR	Inserimento del percorso nel PFR e nei PFA e numero di edizioni realizzate	Percorso inserito nel PFR e PFA 2027 e almeno 1 edizione realizzata	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Inserimento dell'iniziativa nei PFR/PFA e partecipazione e del personale individuato	Progettazione, accreditamento ECM, organizzazione, realizzazione e monitoraggio del percorso formativo regionale	Definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attuazione dell'obiettivo
10.2.1.b	Integrare i temi della preparedness e della readiness pandemica nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale	Inserimento del modulo nell'ordinamento didattico del Corso	Modulo inserito a decorrere dall'avvio triennio formativo 2027-2030	ARCS	Inserimento del modulo nell'ordinamento didattico del Corso	Aggiornamento del programma didattico, organizzazione e monitoraggio delle attività formative	Definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attuazione dell'obiettivo
10.2.1.c	Moduli dedicati alla preparedness e alla readiness pandemica nei percorsi regionali di formazione manageriale Direttori generali e Direttori sanitari/SC Sanitarie	Numero di percorsi manageriali contenenti il modulo dedicato	Almeno 1 corso manageriale attivato con specifico modulo per ciascun percorso formativo entro il 31.12.2027	ARCS	Inserimento dell'iniziativa nel modulo per ciascun percorso formativo	Progettazione e organizzazione del modulo formativo e monitoraggio dei risultati	Definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attuazione dell'obiettivo
10.2.1.d	Percorsi periodici di formazione e aggiornamento sul rischio infettivo, sulle misure di Infection Prevention and Control (IPC) e sull'utilizzo dei DPI	Numero di eventi formativi inseriti annualmente nel PFR e nei PFA	Inserimento annuale nel PFR/PFA di almeno un'iniziativa formativa dedicata, entro il 31.12.2027.	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Inserimento dell'iniziativa nei PFR/PFA e partecipazione e del personale individuato	Programmazione, organizzazione, accreditamento ECM e monitoraggio delle attività formative.	Definizione degli indirizzi regionali e monitoraggio dell'obiettivo

10.2.2 Innovazione digitale e sanità digitale (FSE, AI, cybersecurity).

La trasformazione digitale rappresenta un fattore strategico per l'evoluzione del sistema sanitario regionale. L'introduzione di nuovi strumenti informatici, la diffusione della telemedicina, il consolidamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 e il progressivo utilizzo di sistemi di supporto alle decisioni richiedono una crescita diffusa delle competenze digitali dei professionisti. La formazione accompagna tale processo favorendo l'acquisizione delle competenze tecniche necessarie all'utilizzo delle piattaforme regionali e lo sviluppo di una cultura dell'innovazione capace di valorizzare il patrimonio informativo del Servizio sanitario regionale quale strumento di governo clinico e organizzativo. Particolare rilievo assumono i temi della sicurezza informatica, della protezione dei dati personali, dell'utilizzo responsabile dell'intelligenza artificiale e dell'impiego dei dati sanitari per il miglioramento della qualità delle cure, della programmazione e della ricerca. Nell'ambito della programmazione regionale 2027 sono individuate tre linee prioritarie di intervento: la cybersicurezza, l'intelligenza artificiale e il FSE, da sviluppare attraverso iniziative coordinate a livello regionale e rivolte ai diversi profili professionali del Servizio sanitario regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.2.a	Cyber sicurezza: rafforzare la consapevolezza e le competenze del personale del SSR in materia di sicurezza informatica, in attuazione dell'articolo 23 del decreto legislativo 4 settembre 2024, n. 138 (NIS2).	Attivazione di iniziative formative regionali dedicate alla cybersicurezza	realizzazione di almeno un percorso rivolto al personale del SSR, comprese le Direzioni strategiche, in collaborazione con Insiel	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Inserimento dell'iniziativa nei PFR/PFA e partecipa-zione del personale individuato	Programma-zione, organizzazione, accreditamento ECM e monitoraggio delle attività formative.	definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attua-zione
10.2.2.b	Intelligenza artificiale: sviluppare la capacità del personale di comprendere il funzionamento, le potenzialità, i limiti e le implicazioni etiche e organizzative dei sistemi di intelligenza artificiale.	Attivazione di programmi formativi regionali sull'intelligenza artificiale: aspetti tecnici e modalità di utilizzo; disciplina europea e nazionale, con particolare riferimento all'AI Act; profili deontologici, responsabilità professionale, obblighi informativi verso il paziente e principio antropocentrico.	realizzazione di almeno un'iniziativa formativa regionale rivolta al personale del SSR entro il 31.12.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Inserimento dell'iniziativa nei PFR/PFA e partecipa-zione del personale individuato	Programma-zione, organizzazione, accreditamento ECM e monitoraggio delle attività formative .	definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attua-zione

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.2.c	FSE: Promuovere la diffusione delle competenze digitali degli operatori del Servizio sanitario regionale attraverso un programma regionale di formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), finalizzato a favorirne il corretto utilizzo, l'alimentazione, la consultazione e l'impiego nei processi clinico-assistenziali e organizzativi.	attivazione di programmi formativi regionali sul FSE	realizzazione di almeno un percorso formativo per ciascuna Azienda del SSR entro il 31.12.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Inserimento dell'iniziativa nei PFR/PFA e partecipa-zione del personale individuato	Programma-zione, organizzazione, accreditamento ECM e monitoraggio delle attività formative .	definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attua-zione.

10.2.3 Formazione per la direzione del Distretto sociosanitario

La direzione del Distretto sociosanitario è al centro del processo di trasformazione dell'assistenza territoriale delineato dal PNRR e dal decreto ministeriale 77/2022. Il Distretto costituisce il luogo di integrazione tra servizi, professioni e istituzioni e il Direttore ne rappresenta lo snodo organizzativo e gestionale. È pertanto necessario accompagnare tale evoluzione con un percorso regionale dedicato, finalizzato a rafforzare le competenze manageriali necessarie a governare l'integrazione, il cambiamento organizzativo e l'attuazione dei nuovi modelli territoriali, con metodologie didattiche diversificate, dedicate al reskilling manageriale, all'innovazione organizzativa e alla costruzione di una comunità professionale regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.3.a	Rafforzare le competenze dei Direttori di Distretto e collaboratori per il governo dell'integrazione sociosanitaria, del cambiamento organizzativo e dell'attuazione del DM 77/2022.	avvio del percorso regionale e realizzazione dei moduli programmati	avvio del percorso di formazione entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI	individuazione dei partecipanti	progettazione, coordinamento scientifico e organizzativo	definizione degli indirizzi regionali e verifica dell'attuazione

10.2.4 Percorsi formativi Alzheimer e demenze

Il "Piano delle attività della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2024-2026)", approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1146 del 31/07/2026, prevede, nell'ambito della Linea 5, la realizzazione di interventi finalizzati al consolidamento e alla diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali per le persone con demenza in tutti i contesti assistenziali.
Tra gli obiettivi specifici del Piano è prevista la realizzazione di un programma formativo rivolto agli operatori delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi domiciliari, sviluppato in coordinamento con le iniziative di formazione e disseminazione promosse dall'Istituto Superiore di Sanità.
La convenzione tra Regione e ARCS attribuisce ad ARCS il compito di definire il piano formativo, individuare i formatori, organizzare e realizzare le attività formative, nonché monitorarne gli esiti, garantendo uniformità dell'offerta sull'intero territorio regionale.
La programmazione regionale della formazione 2027 rappresenta pertanto lo strumento attraverso il quale dare attuazione alle attività previste dal Piano regionale, assicurando un'offerta formativa omogenea, multidisciplinare e coerente con gli indirizzi nazionali.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.4.a	Programmare e avviare il percorso formativo regionale previsto dalla Linea 5 del Piano regionale Fondo Alzheimer e Demenze, Sanità.	Avvio delle attività formative	entro il 31.12.2027	ASFO	Garantire la partecipazione del personale individuato secondo la programmazione regionale		Approvazione indirizzi regionali e verifica del raggiungimento
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS	Avvio di almeno una edizione formativa	Vedi target	

10.2.5 Sperimentazione clinica

Al fine di promuovere lo sviluppo e l'omogeneità dei percorsi sul territorio regionale nell'ambito della sperimentazione clinica in coerenza con il nuovo Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria 2026-2028 in fase di adozione, nonché di dare seguito al protocollo d'intesa tra la Regione e Farmindustria (DGR 1859/2025) relativo alla realizzazione di progetti di interesse strategico, si propone un indicatore dedicato alla formazione degli operatori coinvolti. In particolare, al fine di promuovere strategie mirate alla crescita professionale e alla qualità dei processi che consentano lo sviluppo di competenze avanzate ed assicurino l'adozione di modelli di lavoro all'avanguardia, la DCS rende disponibile un percorso formativo in tema di sperimentazione clinica a partire dai primi mesi del 2027.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.5.a	Gli Enti favoriscono la formazione delle figure coinvolte direttamente ed indirettamente nelle attività di sperimentazione clinica (es. PI e suoi delegati, data manager, study coordinator, direttori generali, direttori sanitari, operatori sanitari, personale amministrativo)	(N° figure formate coinvolte/n° di studi di sperimentazione clinica attivati nel 2027)*100	Al 31/12/2027, per ogni studio di sperimentazione clinica attivato nel 2027, almeno una figura coinvolta direttamente ed indirettamente nelle attività di sperimentazione clinica ha completato almeno un modulo del corso regionale promosso dalla DCS ed accreditato da ARCS (N° figure formate coinvolte/n° di studi di sperimentazione clinica attivati nel 2027)*100 ≥ 80%	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	(N° figure formate coinvolte/ n° di studi di sperimentazione clinica attivati nel 2027) * 100 ≥ 80%	Accreditamento e Verifica N° operatori formati al 31/12/2027 Monitoraggio condiviso	Verifica N° operatori formati al 31/12/2027 Monitoraggio condiviso

10.2.6 Formazione manageriale – Direttori generali e Direttori sanitari/SC sanitaria.

Per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario, l'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 prevede, tra i requisiti per la nomina, il possesso dell'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. La medesima disposizione attribuisce alle Regioni il compito di organizzare e attivare tali corsi, anche in ambito interregionale, avvalendosi della collaborazione delle università, di AGENAS e di altri soggetti pubblici o privati accreditati.
Le caratteristiche, i contenuti minimi, le modalità organizzative e i criteri di rilascio dell'attestato sono disciplinati dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 16 maggio 2019 (Rep. Atti n. 79/CSR). Analoga competenza è attribuita alle Regioni per la formazione manageriale dei Direttori Sanitari e dei Direttori di Struttura Complessa sanitaria dagli articoli 15 e 16-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 e dall'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003, che disciplinano le caratteristiche dei percorsi formativi e il conseguimento del relativo certificato di formazione manageriale. Nel quadro delle funzioni attribuite ad ARCS quale Centro formazione regionale, prosegue nel 2027 la programmazione regionale della formazione manageriale, al fine di garantire la disponibilità dei percorsi previsti dalla normativa nazionale e assicurare il costante aggiornamento delle figure apicali del Servizio sanitario regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.6.a	Garantire la formazione manageriale delle figure apicali del Servizio sanitario regionale, assicurando i percorsi previsti dalla normativa nazionale per Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori di Struttura Complessa sanitaria.	Attivazione n. 1 edizione del corso di formazione manageriale per Direttori Generali	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027	Vedi target	Definizione indirizzi regionali e verifica attuazione
10.2.6.b		Attivazione n. 1 edizione del corso di formazione manageriale per Direttori Sanitari e Direttori di Struttura Complessa sanitaria	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027	Vedi target	
10.2.6.c		n. 1 edizione del corso di aggiornamento (refresh) per Direttori Sanitari e Direttori di Struttura Complessa sanitaria.	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027	Vedi target	

10.2.7 Formazione specialistica tecnico-amministrativa

Nell'ambito delle funzioni di coordinamento e supporto al Servizio sanitario regionale, ARCS promuove iniziative formative di carattere strategico finalizzate allo sviluppo delle competenze manageriali e specialistiche del personale delle aree tecniche e amministrative (personale ruolo PTA). L'evoluzione del contesto organizzativo, normativo, economico-finanziario e tecnologico del SSR richiede il consolidamento di competenze avanzate nelle funzioni di programmazione, controllo, organizzazione, gestione delle risorse, innovazione e governo dei processi, al fine di sostenere efficacemente le Direzioni strategiche e le strutture aziendali.

In tale contesto, si rende necessario avviare un percorso regionale di alta formazione rivolto ai dirigenti e ai professionisti delle aree tecnico-amministrative del SSR, volto a favorire la diffusione di metodologie comuni di management pubblico, il rafforzamento della cultura organizzativa e lo sviluppo di una rete regionale di competenze.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.2.7.a	Organizzare un percorso regionale di alta formazione manageriale e specialistica per dirigenti e professionisti delle aree tecniche e amministrative del Servizio sanitario regionale.	Almeno 1 edizione del corso realizzata	entro 31.12.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Individuazione dei partecipanti e garanzia della frequenza.		Definizione degli indirizzi strategici regionali e monitoraggio attuazione
				ARCS	Realizzazione del percorso formativo	Vedi target	

10.2.8 Formazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale e delle cure primarie nella medicina convenzionata (Ceformed).

A partire dalla fine del 2025 e nel corso del 2026 il sistema regionale della formazione per l'assistenza sanitaria territoriale e le cure primarie nell'ambito della medicina convenzionata è stato interessato da un significativo processo di riorganizzazione finalizzato a rafforzare la capacità programmatoria del Centro per la formazione in sanità, a migliorare la qualità dell'offerta formativa e ad uniformare, secondo criteri di trasparenza, efficacia e sostenibilità, le modalità di gestione delle attività didattiche rivolte ai professionisti convenzionati del Servizio sanitario regionale. In tale contesto ARCS ha:

- ✓ adottato la prima programmazione didattica pluriennale del Corso di formazione specifica in medicina generale, articolata sull'intero triennio formativo e sviluppata secondo un modello fondato sulle competenze, sugli obiettivi di apprendimento e sulla progressiva acquisizione delle capacità professionali, superando la tradizionale pianificazione annuale e assicurando maggiore continuità didattica e organizzativa;
- ✓ definito un nuovo sistema regionale per l'istituzione, la gestione e l'aggiornamento degli elenchi e per il conferimento degli incarichi di docenti, tutor e animatori della formazione, improntato ai principi di trasparenza, imparzialità, rotazione, pubblicità e valorizzazione delle competenze professionali, comune sia al Corso di formazione specifica in medicina generale sia alle attività del Centro per la formazione in sanità;
- ✓ disciplinato il riconoscimento dell'integrazione regionale della borsa di studio prevista in favore dei medici iscritti al Corso di formazione specifica in medicina generale, in attuazione della legge regionale n. 19/2025 art. 8, commi 1 e ss, quale misura volta a rafforzare l'attrattività del percorso formativo, favorire la permanenza dei professionisti nel Servizio sanitario regionale e contribuire alla copertura del fabbisogno di medici dell'assistenza primaria.

Nel corso del 2027 proseguono, a cura di ARCS, le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale già avviati. Contestualmente sarà attivato il nuovo corso relativo al triennio 2027-2030, sulla base del fabbisogno individuato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nell'ambito della programmazione regionale. Prosegue altresì il coordinamento della formazione continua prevista dagli Accordi Collettivi Nazionali per i medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali, quale strumento di sviluppo professionale continuo e di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini. La programmazione della formazione continua dei professionisti convenzionati è assicurata da ARCS, nell'ambito delle funzioni del Centro per la formazione in sanità, sulla base degli indirizzi formulati dal Comitato di indirizzo e della programmazione didattico-formativa elaborata dal Comitato esecutivo, in coerenza con il Piano della Formazione Regionale, con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e con i fabbisogni espressi dai professionisti. Le attività formative sono orientate a sostenere l'attuazione dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, lo sviluppo delle competenze cliniche, organizzative, digitali, gestionali e relazionali dei professionisti convenzionati e l'integrazione multiprofessionale, privilegiando metodologie didattiche innovative, la formazione residenziale, la formazione a distanza, la formazione sul campo, etc, negli ambiti definiti dagli Accordi integrativi regionali.

Nell'ambito del monte ore annuo previsto dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali, il Comitato di indirizzo definisce il calendario unico regionale delle giornate formative, individuando le iniziative da realizzare in forma centralizzata attraverso il Centro per la formazione in sanità e quelle da demandare alle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale, privilegiando, ove appropriato, la Formazione sul Campo (FSC) sviluppata nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Tale modello organizzativo consente di coniugare l'uniformità degli indirizzi regionali con la valorizzazione delle specificità territoriali e dei bisogni formativi locali, favorendo un utilizzo più efficiente delle risorse e una maggiore integrazione tra formazione regionale e formazione aziendale.

Si conferma quindi il valore delle Aggregazioni Funzionali Territoriali quali sedi privilegiate di confronto tra pari, audit professionale, analisi degli indicatori, condivisione di percorsi assistenziali e sviluppo dell'integrazione multiprofessionale. Le attività formative e gli audit svolti nell'ambito delle AFT dovranno essere accreditati come Formazione sul Campo (FSC) a cura delle Aziende del Servizio sanitario regionale.
Particolare attenzione sarà riservata ai percorsi formativi funzionali allo sviluppo dell'assistenza territoriale, all'integrazione multiprofessionale, alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali, alla governance clinica, alla sicurezza delle cure, alla protezione dei dati personali e agli ulteriori obiettivi strategici individuati annualmente dalla programmazione regionale della formazione. I temi della preparedness e della readiness pandemica di cui al nuovo Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029 e la tematica Alzheimer e demenze vengono inclusi nei corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale e nella formazione continua della medicina convenzionata.

10.3 Priorità regionali su organizzazione e gestione

10.3.1 Revisione del Manuale Accreditamento Provider

Il “Manuale dei requisiti per l'accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in Medicina nel Friuli Venezia Giulia" è stato adottato con decreto del Direttore centrale n. 2660-SPS dd. 18.10.2021.
Si prevede nel corso del 2027 di valutare l’aggiornamento della disciplina regionale vigente in materia, in considerazione delle sopravvenute disposizioni nazionali. Ai sensi degli articoli 8, comma 1, lettera c), e 47 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 2 febbraio 2017 ("La formazione continua nel settore Salute"), il Manuale regionale per l'accreditamento degli eventi ECM, prima della sua adozione definitiva, è sottoposto al procedimento di verifica di conformità alla disciplina vigente da parte della Commissione nazionale per la formazione continua, con il coinvolgimento del Comitato Tecnico delle Regioni.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.3.1.a	Revisione del Manuale dei requisiti per l'accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in Medicina nel Friuli Venezia Giulia	Elaborazione di una proposta di revisione del testo del Manuale	entro il 30.06.2027	ARCS	entro 30.06.2027		Trasmissione del Manuale alla Commissione nazionale FC ai fini della verifica di conformità e adozione del Manuale

11. SISTEMA INFORMATIVO

Nel corso degli ultimi anni il Servizio Sanitario Regionale è stato interessato da un processo di profonda trasformazione digitale, sostenuto dagli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dall’attuazione delle riforme connesse al DM 77/2022 e dall’evoluzione del quadro normativo nazionale ed europeo in materia di sanità digitale, cybersicurezza, protezione dei dati personali ed interoperabilità dei sistemi informativi. Le principali milestone e i target previsti dai programmi di investimento sono stati conseguiti secondo le

tempistiche stabilite, consentendo alla Regione Friuli Venezia Giulia di dotarsi di un patrimonio tecnologico, applicativo ed organizzativo significativamente rafforzato.
Il completamento delle fasi progettuali finanziate dal PNRR non determina tuttavia l'esaurimento delle attività correlate, ma inaugura una nuova fase caratterizzata dal consolidamento, dalla diffusione capillare e dalla piena integrazione delle soluzioni realizzate all'interno dei processi clinici, assistenziali, amministrativi e di governo del sistema sanitario regionale. Analoga considerazione vale per i progetti di riorganizzazione dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 e proseguono, pertanto, le attività di evoluzione organizzativa e tecnologica delle Centrali Operative Territoriali, della Cartella Distretto, delle Case della Comunità, degli Ospedali della Comunità e degli ulteriori strumenti digitali posti a supporto della presa in carico territoriale della persona, con l'obiettivo di consolidarne l'effettivo utilizzo operativo e valorizzarne il contributo al miglioramento dei percorsi assistenziali.
L'anno 2027 assume inoltre particolare rilievo strategico per il rafforzamento della governance dell'ecosistema digitale sanitario regionale. In tale contesto proseguono:

- le iniziative finalizzate alla gestione integrata della cybersicurezza, all'attuazione degli obblighi derivanti dalla Direttiva NIS2, al consolidamento dei modelli regionali di governo del rischio cibernetico e alla progressiva diffusione di una cultura della sicurezza informatica orientata alla continuità operativa e alla tutela della salute dei cittadini;
- in considerazione della crescente diffusione delle tecnologie basate sull'intelligenza artificiale nell'ambito dei processi sanitari, clinici, amministrativi e di supporto alle decisioni, le attività finalizzate alla definizione di un modello regionale di governance dell'intelligenza artificiale, volto ad assicurarne un utilizzo trasparente, sicuro, etico, conforme al quadro normativo europeo e coerente con gli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Regionale;
- le attività e le azioni di consolidamento delle strutture organizzative deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi degli Enti del SSR.

11.1 Modello di governance per la gestione ed innovazione dei sistemi informativi del SSR

Si confermano integralmente i principi, le modalità operative e gli assetti di governance definiti nelle Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026 e ARCS prosegue il percorso di rafforzamento delle proprie funzioni di coordinamento tecnico-operativo e di governo unitario dell'ecosistema informativo regionale, in primis della Struttura Complessa denominata "Coordinamento e Controllo del Sistema Informatico del SSR" istituita con decreto ARCS 2026/165. La citata Struttura rappresenta il principale punto di raccordo tra la Direzione Centrale Salute, gli Enti del SSR e Insiel S.p.A. e costituisce il presidio regionale deputato ad assicurare la coerenza complessiva delle iniziative di sviluppo dei sistemi informativi sanitari.
Ferme restando le funzioni attribuite dalle Linee di Gestione 2026, la Struttura assumerà progressivamente, compatibilmente con il completamento del relativo percorso di consolidamento organizzativo e con la disponibilità delle necessarie risorse professionali, il ruolo di coordinamento e di PMO (*Program Management Office*) delle progettualità regionali strategiche individuate dalla DCS, assicurando il raccordo con i referenti dei fornitori delle componenti applicative, con i relativi DEC di INSIEL e, ove possibile, con specialisti funzionali dedicati. All'interno di tali progettualità, possono essere comprese anche quelle veicolate, realizzate e contrattualizzate per il tramite della società in house regionale Insiel S.p.A., assicurando la corretta gestione delle priorità, il monitoraggio delle tempistiche di attuazione, il controllo degli avanzamenti e la coerenza delle iniziative rispetto agli indirizzi strategici regionali.

11.2 Cruscotto regionale di monitoraggio dei sistemi informativi

Coerentemente con quanto previsto dalle Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale 2026, il Cruscotto di monitoraggio, attualmente disponibile con delle funzionalità di base, costituisce lo strumento unitario di monitoraggio dello stato di avanzamento delle iniziative e di supporto alle attività di governo, assicurando la tracciabilità dell'intero ciclo di programmazione, realizzazione e monitoraggio degli sviluppi del SISSR. Nel corso del 2027 proseguono le attività finalizzate alla messa a regime del Cruscotto in tutte le sue funzionalità, e la messa in esercizio della piattaforma sviluppata da Insiel S.p.A., prevista entro il primo trimestre del 2027, costituisce attività propedeutica alla piena operatività del Cruscotto e la fruizione dello stesso da parte dei vari soggetti interessati. Nell'ambito di tale attività:

- ARCS, raccogliendo e coordinando i vari contributi degli Enti del SSR, e d'intesa con DCS, si occupa della definizione e perfezionamento delle specifiche di funzionamento delle evoluzioni necessarie per la piena operatività del Cruscotto;
- Insiel S.p.A. completa lo sviluppo e messa in esercizio delle evoluzioni di cui sopra entro il primo trimestre 2027.

11.3 Consolidamento delle funzioni organizzative dei Sistemi Informativi degli Enti del SSR

Il consolidamento delle strutture informatiche rappresenta un elemento indispensabile per garantire la sostenibilità operativa del processo di trasformazione digitale in atto, nonché per assicurare adeguati livelli di competenza tecnica, capacità progettuale, governo della cybersicurezza e presidio dei processi di innovazione.
Nel corso del 2027 prosegue pertanto il percorso di rafforzamento delle strutture organizzative deputate alla gestione e all'innovazione dei sistemi informativi degli Enti del SSR, secondo il modello organizzativo condiviso nell'ambito della Cabina di regia dei Sistemi Informativi sanitari regionali e validato dalla Direzione Centrale Salute, in particolare nella sua fase quantitativa. Nel dettaglio:

- entro il 31 agosto 2027 ARCS analizza le informazioni contenute nei piani di adeguamento predisposti dagli Enti del SSR, e, dopo una propedeutica e articolata attività di normalizzazione di tali dati e di riconduzione dei processi di competenza della Strutture deputate alla gestione dei Sistemi Informativi a best practice e pratiche uniformi al fine di rendere confrontabili i dati e le realtà organizzative dei vari Enti, riassume gli esiti di tali approfondimenti istruttori in apposita relazione in favore di DCS, proponendo degli indici parametrici che consentano di stimare il fabbisogno di risorse e competenze professionali necessari per l'idoneo presidio dei processi in capo ai Sistemi Informativi. Tale relazione comprende anche una proposta, redatta di concerto con i vari Enti del SSR, delle risorse aggiuntive ritenute necessarie per ciascun Ente;
- con gli atti di programmazione per l'anno 2028 DCS valida il modello quali-quantitativo di cui al punto precedente, eventualmente apportando le revisioni e/o integrazioni ritenute opportune, garantendo agli Enti del SSR la sostenibilità economica per l'attuazione di quanto previsto dal modello;

Nelle more del completamento delle attività di cui sopra, gli Enti potranno ricorrere, ove necessario e dandone puntuale informazione ad ARCS e DCS, a forme temporanee di supporto specialistico, comprese consulenze professionali, servizi specialistici e personale on-site, al fine di assicurare la continuità delle attività ordinarie e progettuali, nonché il raggiungimento degli obiettivi di sistema.

11.4 Conduzione di specifici progetti da parte degli Enti del SSR

L'esperienza maturata nel corso del 2026 ha evidenziato l'efficacia del modello di conduzione di specifiche progettualità da parte degli Enti del SSR individuati quali soggetti capofila o punti di riferimento regionali per particolari ambiti tematici. Tale modello organizzativo viene pertanto confermato anche per l'anno 2027.
L'attribuzione di specifiche responsabilità progettuali ai singoli Enti consente infatti di valorizzare le competenze sviluppate sul territorio, favorire la diffusione delle migliori pratiche, promuovere una partecipazione attiva e responsabile degli Enti alla gestione dell'ecosistema digitale sanitario regionale e incrementare la capacità complessiva del sistema di rispondere con tempestività ai fabbisogni emergenti e pianificati.
La conduzione dei progetti da parte degli Enti individuati dovrà avvenire in costante raccordo con ARCS, assicurando la piena condivisione delle informazioni e il rispetto degli indirizzi strategici regionali.

11.5 Definizione del Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA)

Nel corso del 2027 entra a regime il ciclo di programmazione, attuazione e monitoraggio degli sviluppi del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, assicurando la continuità tra la rilevazione dei fabbisogni degli Enti del SSR, la pianificazione degli interventi e il monitoraggio della loro attuazione.
Il Programma Preliminare degli Sviluppi Applicativi (PPSA) costituisce lo strumento di raccolta e consolidamento dei fabbisogni di evoluzione del SISSR, la cui predisposizione costituisce obbligo per tutti gli Enti del SSR nonché per la società in house regionale Insiel S.p.A.
Al fine di garantire il coordinamento con gli strumenti di programmazione economica e degli investimenti previsti dalla normativa regionale, il PPSA dovrà essere predisposto secondo le medesime tempistiche previste per la redazione del Programma Preliminare degli Investimenti (PPI) di cui alla L.R. 26/2015.
ARCS assicura il coordinamento metodologico e la verifica della coerenza delle proposte formulate dagli Enti del SISSR e da Insiel S.p.A., al fine di garantire uniformità di impostazione, sostenibilità complessiva e allineamento agli obiettivi strategici regionali.

11.6 Governance della Cybersicurezza - Cabina di regia per la cybersicurezza in ambito sanitario

Nel corso del 2027 proseguono le attività della Cabina di regia per la cybersicurezza in ambito sanitario quale organismo permanente di coordinamento regionale per la gestione della sicurezza informatica del Servizio Sanitario Regionale allo scopo di garantire una gestione uniforme tra i vari Enti del SISSR e integrata del rischio clinico e del rischio cibernetico, della protezione delle tecnologie medicali connesse in rete, della resilienza delle infrastrutture digitali sanitarie e della continuità operativa dei servizi essenziali. In particolare, nel corso del 2027 si consolidano le progettualità avviate nel corso del 2026, in primis la messa a regime del SOC (Security Operation Center) unico a servizio dell'intero perimetro regionale (intero SIIR e, di conseguenza, anche del SISSR) in esito alla specifica procedura di gara esperita da Insiel S.p.A, e l'attuazione del modello di governance della cybersicurezza a più livelli, che prevede la creazione di un centro regionale di competenza all'interno dell'assetto organizzativo della società in house regionale Insiel S.p.A..
La Cabina di regia assicura il monitoraggio dell'attuazione delle iniziative regionali di cybersicurezza, l'aggiornamento periodico del Profilo Minimo di Sicurezza regionale e il coordinamento delle progettualità necessarie ad adeguare il SISSR alle disposizioni nazionali ed europee in materia di sicurezza informatica.
In raccordo con le iniziative regionali in materia di innovazione digitale, la Cabina di regia supporta altresì le attività finalizzate alla definizione di un quadro di riferimento regionale per l'adozione sicura e controllata delle tecnologie di intelligenza artificiale, con particolare riguardo ai profili di sicurezza, protezione dei dati, tracciabilità,

accountability e governance degli algoritmi.

11.7 Progettualità in corso

Tra le iniziative di innovazione digitale in corso, risultano di particolare rilevanza strategica le seguenti progettualità: programma regionale di Telemedicina, Cartella Clinica Elettronica Regionale, Sistema Informativo Trasfusionale, Digital Pathology, Smart-HERP, Cartella Oncologica (Log80), Sistema del Personale, Centrali Operative Territoriali, Cartella Distretto 4.0, ICD-10, Anagrafe Nazionale Assistiti e Dematerializzazione della ricetta.

11.7.1 Progetti PNRR

11.7.1.1 Telemedicina (Missione 6 C1 I1.2.3)

Nel 2027 è prevista la messa a regime di ulteriori processi di telemedicina oltre la televisita, attraverso il consolidamento dei servizi di teleconsulto e telemonitoraggio. In attuazione del DM 77/2022 e in coerenza con gli obiettivi strategici di presa in carico territoriale delle persone con patologia cronica, si prevede il consolidamento del percorso di telemonitoraggio rivolto agli assistiti con Scompenso Cardiaco, quale strumento di supporto alla continuità assistenziale e alla gestione del paziente a domicilio. Sarà quindi necessario governare tutti gli aspetti funzionali propedeutici, tra cui la gestione dei dispositivi, dei processi di ingaggio, della piattaforma e delle relative integrazioni. Gli Enti garantiranno la propria collaborazione al progetto, assicurando il supporto necessario alla sua realizzazione, anche partecipando, con il coordinamento operativo di ARCS e strategico della DCS, al consolidamento e alla messa a regime dei processi sanitari e dell'organizzazione alla base dei percorsi di presa in carico dei Pazienti in Telemedicina.
Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS sulla cui attuazione vigila;
- DCS valida i processi di telemedicina in coerenza con gli indirizzi nazionali, definisce i target regionali e vigila sulla loro attuazione;
- gli Enti del SSR collaborano per l'adozione della piattaforma, in particolare per la definizione degli aspetti organizzativi dei processi di presa in carico del paziente in telemedicina.

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, è necessario che Insiel S.p.A. completi l'evoluzione della piattaforma regionale di telemedicina e attivi i servizi di gestione dei dispositivi IT funzionali all'utilizzo dei Software as a Medical Device (SaMD) e dei Medical Device (MD) messi a disposizione degli operatori sanitari e dei pazienti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target Enti SSR		*Ruolo Insiel S.p.A.*	*Ruolo ARCS*	*Ruolo DCS*
11.7.1.1.a	Messa a regime della televisita, teleconsulto e telemonitoraggio	Aumentare il numero di assistiti presi in carico delle attività di telemedicina entro il 31.12.2027	n. prestazioni + 50% rispetto al 2026	ASFO	n. prestazioni + 50% rispetto al 2026	Completamento dell'evoluzione della IRT e i servizi di gestione dei dispositivi	PMO, coordinamento e monitoraggio attività	Indirizzo strategico
				ASUFC	n. prestazioni + 50% rispetto al 2026			
				ASUGI	n. prestazioni + 50% rispetto al 2026			
				BURLO	n. prestazioni			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target Enti SSR		Ruolo Insiel S.p.A.	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
					+ 50% rispetto al 2026			
				CRO	n. prestazioni + 50% rispetto al 2026			

11.7.1.2 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero DEA di I e II livello (Missione 6 C2 I1.1.1)

Per gli investimenti relativi al SISSR., la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, in qualità di soggetto attuatore, ha pianificato, a partire dal 2023, una serie di iniziative specifiche nell'ambito della Missione 6 – Componente 2 – I1.1.1 "Digitalizzazione ospedali DEA di I e II livello" tra cui il progetto "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata", volte ad accrescere il livello di digitalizzazione e a supportare l'evoluzione del sistema informativo ospedaliero.
Le iniziative individuate si articolano nei seguenti interventi:

- Introduzione del nuovo sistema unico di Cartella Clinica Elettronica Regionale (CCER);
- Sostituzione del sistema informativo integrato trasfusionale.
- Implementazione della piattaforma integrata di Telepatologia e Digital Pathology;

11.7.1.2.1 Cartella Clinica Elettronica Regionale (CCER)

La progettualità regionale relativa alla Cartella Clinica Elettronica Regionale (CCER) ha dato avvio alla realizzazione di un sistema unico a supporto dei processi clinico-assistenziali svolti nei reparti di cura e negli ambiti ambulatoriali e chirurgici. L'intervento è finalizzato alla strutturazione di un servizio regionale unitario, volto a dotare gli Enti del Servizio Sanitario della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia di uno strumento condiviso a supporto delle attività cliniche e assistenziali. La nuova soluzione intende favorire la gestione centralizzata e integrata delle informazioni sanitarie e dei dati generati dai diversi applicativi attualmente utilizzati.
Nel corso del 2026 la governance del progetto è stata rafforzata attraverso l'attribuzione ad ARCS del coordinamento delle attività di PMO e l'istituzione di un Gruppo di Commessa, composto da DCS, ARCS, Insiel e dal fornitore, con il compito di assicurare il raccordo operativo tra i soggetti coinvolti, monitorare l'avanzamento progettuale e gli obblighi contrattuali, valutare tempestivamente le eventuali criticità e supportare il presidio del progetto e delle attività funzionali al collaudo e alla messa in esercizio.
A seguito del completamento del collaudo e dell'avvio della soluzione nei reparti pilota delle tre Aziende sanitarie sedi di DEA di I e II livello, nel 2027 è prevista la progressiva estensione della CCER ad ulteriori reparti. Nel caso in cui tali esiti non consentano di procedere secondo la pianificazione prevista, saranno effettuati gli opportuni approfondimenti tecnici e organizzativi e sarà conseguentemente rivalutato il percorso progettuale.
Proseguiranno inoltre le attività di governo del progetto da parte del PMO e del Gruppo di commessa, al fine di coordinare le attività di pianificazione, configurazione, formazione e avvio. Gli Enti garantiranno il supporto al progetto, mettendo a disposizione i referenti aziendali e di reparto necessari per le attività propedeutiche all'estensione della soluzione.
Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila;

- DCS definisce gli indirizzi strategici del progetto, individua i criteri per la selezione dei reparti in cui procedere al dispiegamento della nuova Cartella Clinica Regionale e vigila sulla fase di attuazione;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previste dal piano di progetto condiviso con ARCS, nonché della gestione del contratto e del monitoraggio delle attività svolte dal fornitore.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target Enti SSR		Ruolo Insiel S.p.A.	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
11.7.1.2.1.a	Progressivo dispiego della CCER ad altri reparti	Completamento dell'attivazione almeno in 3 reparti per Azienda DEA I e II	Entro il 31.12.2027	ASFO	Almeno 3 reparti	Attività di supporto all'adoption dei moduli applicativi e completamento/sviluppo delle integrazioni necessarie all'obiettivo	PMO, coordinamento e monitoraggio attività	Indirizzo strategico
				ASUFC	Almeno 3 reparti			
				ASUGI	Almeno 3 reparti			

11.7.1.2.2 Sistema informativo integrato trasfusionale

La piattaforma regionale per la gestione del processo trasfusionale costituisce il sistema tecnologico unico a supporto della gestione e della tracciabilità delle attività relative all'intera filiera degli emocomponenti, dalla donazione alla trasfusione, presso tutti i Dipartimenti di Medicina Trasfusionale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

La soluzione assicura l'integrazione con i sistemi informativi e con la strumentazione già in uso presso gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, garantendo la continuità operativa dei processi e favorendo l'interoperabilità dei flussi informativi.

Nel corso del 2027 proseguiranno le attività propedeutiche alla progressiva messa a regime della soluzione e alla sua diffusione presso gli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Gli Enti garantiranno la collaborazione al progetto, assicurando il supporto operativo necessario per il completamento delle attività di consolidamento e l'eventuale gestione delle evoluzioni conseguenti all'entrata a regime. Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila;
- DCS esercita funzioni di pianificazione e programmazione e vigila sulla fase di attuazione;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previste dal piano di progetto condiviso con ARCS, nonché della gestione del contratto e del monitoraggio delle attività svolte dal fornitore.

11.7.1.2.3 Digital Pathology

La piattaforma regionale di Digital Pathology supporta la digitalizzazione e la gestione informatizzata dei campioni istologici e citologici mediante l'acquisizione, attraverso scanner ad alta risoluzione, delle immagini dei vetrini e la loro successiva conversione in formato digitale. La soluzione concorre al miglioramento dei processi diagnostici, favorendo una gestione più efficiente, sicura e collaborativa delle immagini e dei dati clinici.

Nel 2027 è prevista l'evoluzione della piattaforma regionale di Digital Pathology attraverso l'attivazione delle funzionalità applicative che consentono la completa tracciabilità del campione lungo l'intero percorso, dalla richiesta alla refertazione, e l'introduzione di strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'attività diagnostica. Gli Enti garantiranno la collaborazione al progetto, assicurando il supporto necessario alla sua realizzazione.

Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità,

promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila.
- DCS esercita funzioni di pianificazione e programmazione e vigila sulla fase di attuazione;
- gli Enti del SSR collaborano per l'attivazione delle innovazioni in tutti i reparti di anatomia patologica;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previste dal piano di progetto condiviso con ARCS, nonché della gestione del contratto e del monitoraggio delle attività svolte dal fornitore.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target Enti SSR		Ruolo Insiel S.p.A.	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
11.7.1.2.3.a	Messa a regime della Digital Pathology con tracciabilità completa e strumenti di intelligenza artificiale con un'attesa di aumento della produttività	% vetrini digitalizzati rispetto al totale dei vetrini processati	Il 25% dei vetrini è digitalizzato e gestito dal sistema entro il 31/12/2027	ASFO	25% vetrini digitalizzato	Assicurare, entro il 30 aprile 2027, gli sviluppi applicativi delle funzionalità sopra descritte e lo spazio di archiviazione	PMO, coordi-namento e monito-raggio attività	Indirizzo strategico
				ASUFC	10% vetrini digitalizzato*			
				ASUGI	25% vetrini digitalizzato			
				BURLO	-			
				CRO	25% vetrini digitalizzato*			

* in base alla disponibilità degli scanner

11.7.1.3 Centrali Operative Territoriali - COT (Missione 6 C 1 I1.2.2)

Le Centrali Operative Territoriali (COT), introdotte dal DM 23 maggio 2022, n. 77 e finanziate in fase di avvio dal PNRR, coordinano la presa in carico della persona e assicurano il raccordo tra assistenza primaria, servizi territoriali e sociosanitari, rete ospedaliera e rete dell'emergenza-urgenza. La loro funzione è il governo delle transizioni: è nei passaggi tra ospedale, domicilio e strutture residenziali che si concentrano le discontinuità assistenziali, i ricoveri ripetuti e gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

L'investimento relativo al progetto COT è stato completato con il pieno raggiungimento dei target stabiliti dal PNRR e delle milestone programmate a livello nazionale. La fase attuale non è quindi di attivazione, ma di consolidamento funzionale: l'efficacia della COT dipende dall'effettivo utilizzo da parte dei servizi e dall'uniformità dei modelli operativi tra le Aziende.

Nel corso del 2027 proseguiranno le attività di evoluzione dell'applicativo COT e dei modelli operativi, con particolare attenzione all'implementazione e al consolidamento dei processi di transitional care e all'integrazione con la Cartella Utente 4.0 e il Fascicolo Sanitario Elettronico, al fine di rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e favorire una gestione integrata dei percorsi di cura.

Nell'ambito di tale attività:
- la DCS esercita le funzioni di pianificazione e programmazione;
- ARCS supporta il coordinamento del processo sulle tematiche cliniche e assistenziali;
- gli Enti del SSR assicurano l'adozione dei servizi e delle piattaforme e l'utilizzo sistematico della COT nei percorsi di dimissione protetta;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previste dal piano di progetto condiviso con la DCS, nonché del monitoraggio delle attività svolte dal fornitore.

11.7.2 Fascicolo Sanitario Elettronico -FSE (Missione 6 C 2 I1.3.1) ed EDS

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è un sistema informatico introdotto in Italia nel 2012 per raccogliere, gestire e condividere i dati sanitari dei cittadini istituito dall'art. 12 del D.L. n. 179/2012, convertito in legge con modd. dalla L. n. 221/2012. La sua evoluzione ha visto l'adozione di diverse normative, culminando con le Linee guida per l'attuazione del FSE del maggio 2022 e il lancio del FSE 2.0 nel settembre 2023 (Decreto 7 settembre 2023 e successive integrazioni). L'obiettivo principale del FSE è migliorare la continuità assistenziale, ridurre il rischio clinico e fornire un accesso facile e immediato ai dati sanitari da parte di cittadini e professionisti.
In tale ambito si intende, inoltre, proseguire l'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico Operatore: una piattaforma dedicata alla gestione dell'identità digitale, del ruolo professionale e delle relative autorizzazioni degli operatori sanitari, consentendo loro di accedere in modo sicuro ai servizi e ai sistemi informativi regionali, in coerenza con il proprio profilo professionale e con le autorizzazioni assegnate.
L'introduzione del FSE 2.0 mira a creare un sistema più integrato e personalizzato, aumentare l'accesso e l'interoperabilità tra le diverse strutture sanitarie e migliorare la raccolta e l'analisi dei dati sanitari.
Con il 2027 la Regione Friuli Venezia Giulia intende proseguire le attività perseguendo il mantenimento degli obiettivi raggiunti tramite finanziamenti PNRR (mediante l'utilizzo di finanziamenti Regionali), in ottica di rafforzamento dell'interoperabilità con le piattaforme nazionali e di valorizzazione del dato sanitario a supporto della continuità assistenziale. Assume rilievo strategico il progetto Imaging FSE, nell'ambito del quale, nel corso del 2027, sarà sviluppata la progettazione dell'estensione della soluzione alle strutture private accreditate, attraverso il coinvolgimento di Insiel S.p.A. e dei soggetti interessati, al fine di consentire loro sia l'accesso alle immagini diagnostiche disponibili nel Fascicolo Sanitario Elettronico sia l'alimentazione del Fascicolo con i dati prodotti dalle stesse. Tale evoluzione rappresenta un passaggio fondamentale per garantire una maggiore completezza del patrimonio informativo sanitario regionale e l'uniformità di accesso alle informazioni cliniche.
Nell'ambito di tale attività:

- DCS vigila sulla fase di mantenimento e attuazione;
- Gli Enti del SSR collaborano per raggiugere il target FVG, secondo le indicazioni di DCS;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previsti per l'attuazione del DM 7 settembre 2023 "Fascicolo sanitario elettronico 2.0" e ss.mm.ii e del DM 31 dicembre 2024 "Istituzione dell'Ecosistema dati sanitari" e ss.mm.ii.

11.7.3 Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA)

Il DPCM del 1° giugno 2022, in applicazione dell'art. 62-ter del CAD, ha previsto l'istituzione di una base dati unificata (Anagrafe Nazionale Assistiti - ANA), per tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale, con la creazione di una rete di interazioni con le ASL e le regioni finalizzata alla semplificazione degli adempimenti del cittadino e alla determinazione univoca dell'assistenza al livello nazionale. In particolare, il DPCM disciplina i contenuti dell'ANA, che viene istituita nell'ambito del sistema TS, il piano di graduale subentro dell'ANA alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti tenuti dalle singole aziende sanitarie locali, le misure di sicurezza da adottare, i criteri di interoperabilità tra le banche dati e le modalità di cooperazione con ANA.
Nel corso del 2027 proseguirà il percorso di consolidamento dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA), entrata in esercizio il 1° marzo 2026, quale infrastruttura nazionale di riferimento per l'identificazione univoca dell'assistito e per l'interoperabilità tra i sistemi sanitari regionali, nazionali ed europei.
Nel 2027 la Regione Friuli Venezia Giulia intende proseguire le attività intraprese nei mesi precedenti, assicurando il progressivo superamento delle duplicazioni informative, il miglioramento della qualità e dell'allineamento dei dati anagrafici e assistenziali e la piena integrazione con i servizi nazionali ed europei eventualmente attivati.

L'evoluzione di ANA riveste inoltre carattere strategico ai fini dell'attuazione dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS), costituendo il presupposto per l'identificazione certa dell'assistito nei processi di assistenza transfrontaliera e per il corretto utilizzo dei dati sanitari nell'ambito delle attività di programmazione, ricerca e governo del sistema sanitario. La Regione proseguirà pertanto le attività di raccordo con le iniziative nazionali ed europee in materia di interoperabilità dei dati sanitari e di sviluppo dei servizi digitali a beneficio dei cittadini e degli operatori del SSR.
Nell'ambito di tale attività:

- DCS esercita funzioni di pianificazione e programmazione;
- gli Enti del SSR collaborano per l'analisi e la risoluzione dei casi d'uso particolari in ottica di definizione di linee guida uniche, nonché partecipano attivamente nel processo di adozione dei servizi e piattaforme;
- Insiel S.p.A. assicura la cooperazione applicativa dei dati da ARA ad ANA recependo le evoluzioni funzionali e le nuove specifiche tecniche nazionali.

11.7.4 Dematerializzazione della ricetta (DEMA)

Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2 novembre 2011 ha disciplinato la dematerializzazione della ricetta medica cartacea, prevedendo la progressiva sostituzione della prescrizione cartacea con la ricetta elettronica.
In particolare, il decreto disciplina le modalità di generazione della ricetta dematerializzata da parte del medico prescrittore, la trasmissione telematica dei relativi dati al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC), l'attribuzione del Numero di Ricetta Elettronica (NRE), nonché le modalità di erogazione delle prestazioni da parte delle strutture competenti.
Nel 2027 la Regione Friuli Venezia Giulia desidera confermare la partecipazione a tale processo attraverso l'integrazione dei propri sistemi informativi regionali attraverso la cooperazione con il Sistema di Accoglienza Regionale (SAR), assicurando la gestione e l'interoperabilità delle ricette dematerializzate nell'ambito del proprio territorio, perseguendo gli obiettivi e i target riportati a seguire.
Nell'ambito di tale attività:

- DCS esercita funzioni di pianificazione e programmazione;
- gli Enti del SSR collaborano attivamente nel processo di adozione dei servizi;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previste dal piano concordato con la DCS e dalla normativa nazionale.

11.7.5 Altri progetti di innovazione dei sistemi informativi

11.7.5.1 Smart*H-ERP

Il sistema contabile Smart*H-ERP è stato adottato da ARCS e ASUGI in sostituzione del precedente applicativo ASCOT, nell'ambito del percorso di evoluzione e standardizzazione dei sistemi amministrativo-contabili regionali. Compatibilmente con la prosecuzione del contratto in essere, nel 2027 proseguirà l'implementazione del sistema contabile Smart*H-ERP presso gli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Gli Enti garantiranno la collaborazione alle attività progettuali, assicurando il supporto necessario alla loro realizzazione, anche in considerazione del percorso di adeguamento richiesto per l'adozione del principio contabile ACCRUAL entro il 2030 da parte di tutta la PA.
Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila.

- DCS definisce i criteri e priorità del piano di dispiegamento con cui Smart*H-ERP sarà installato presso gli Enti che ancora utilizzando il vecchio sistema di contabilità (ASCOT) e vigila la fase di attuazione;
- gli Enti del SSR collaborano per l'adozione dell'applicativo.

11.7.5.2 Sistema del personale

Nel 2027 prenderà avvio il rinnovo contrattuale del Sistema del Personale, nell'ambito del quale saranno avviate le attività di progettazione e implementazione, prioritariamente, dei moduli di gestione dei turni e dell'Attività Libero-Professionale Intramoenia (ALPI). Gli Enti garantiranno la collaborazione al progetto, coinvolgendo i propri professionisti nei gruppi di lavoro coordinati da ARCS. Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila.
- DCS esercita funzioni di pianificazione e programmazione e vigila sulla fase di attuazione.
- Gli Enti del SSR collaborano per raggiugere il target FVG, secondo le indicazioni di DCS e ARCS
- Insiel S.p.A. garantisce la realizzazione delle integrazioni e degli sviluppi applicativi necessari al raggiungimento dell'obiettivo.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target Enti SSR		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
11.7.5.2.a	Avvio modulo di gestione turni	Il modulo di gestioni turni è avviato presso il sito pilota e integrato con il sistema del personale in almeno un caso d'uso	Avvio dei moduli previsti presso il sito pilota entro il 31/12/2027	ASFO	Avvio dei moduli in qualità di sito pilota		
11.7.5.2.b	Avvio modulo ALPI	Il modulo di gestione dell'ALPI è avviato in almeno un'azienda	Individuazione del sito e avvio entro il 31/12/2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	L'azienda in cui insiste il sito pilota individuato è tenuta ad avviare il modulo di gestione entro il 31/12/2027	PMO, coordinamento e monitoraggio attività	Individuazione del sito pilota

11.7.5.3 Cartella Utente 4.0

I Il DM 77/2022 e il relativo Allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" danno centralità ai Distretti e ne ribadiscono il ruolo di soggetti dell'integrazione sociosanitaria e sociale. In coerenza con la Missione 6 Componente 1 del PNRR "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", il progetto dota i Distretti di uno strumento unico di documentazione e gestione della presa in carico territoriale, superando la frammentazione tra applicativi dedicati ai singoli servizi: consente la valutazione multidimensionale del bisogno, la condivisione del progetto assistenziale individuale tra i professionisti coinvolti e il monitoraggio dell'assistenza erogata.
Al fine di soddisfare le esigenze progettuali è stato implementato l'applicativo regionale "Cartella Distretto 4.0". Questo ha anche permesso di reperire i dati necessari a soddisfare le caratteristiche del flusso SIAD, che oltre ad assolvere il debito informativo nazionale fornisce la base dati per verificare volumi, intensità e appropriatezza dell'assistenza domiciliare e la variabilità tra i territori, a supporto del monitoraggio dei LEA.
Nel corso del 2027 proseguirà il percorso di consolidamento ed evoluzione delle funzionalità implementate,

finalizzato al rafforzamento dei processi di integrazione e monitoraggio, al potenziamento del supporto all'assistenza territoriale e al miglioramento della completezza e della qualità dei dati conferiti ai flussi informativi. Nell'ambito di tale attività:

- la DCS esercita le funzioni di pianificazione e programmazione;
- ARCS supporta il coordinamento del processo sulle tematiche cliniche e assistenziali;
- gli Enti del SSR assicurano l'adozione dei servizi e delle piattaforme e l'utilizzo uniforme della cartella territoriale nei servizi distrettuali;
- Insiel S.p.A. è responsabile della realizzazione degli sviluppi applicativi e delle integrazioni previste dal piano di progetto condiviso con la DCS, nonché del monitoraggio delle attività svolte dal fornitore.

11.7.5.4 Cartella Oncologica (Log80)

Il percorso di evoluzione della piattaforma Log80, inizialmente avviato con il modulo UFA per la gestione della prescrizione dei farmaci antiblastici e dei connessi processi di allestimento e produzione, ha condotto alla progressiva estensione della soluzione all'intera cartella clinica oncologica presso il CRO e ASUFC. Nel corso del 2026 è stata inoltre avviata l'estensione della piattaforma presso le sedi spoke di ASUGI.
Nell'ambito del medesimo percorso evolutivo, il CRO ha avviato la sperimentazione del modulo dedicato alla gestione dei meeting multidisciplinari, al fine di valutarne l'applicazione a supporto dei percorsi di presa in carico oncologica. Sono state inoltre avviate le interlocuzioni con ASUFC finalizzate a valutare l'utilizzo e l'eventuale progressiva diffusione del modulo dei Gruppi aziendali multidisciplinari oncologici (GAMO) presso l'Ente.
Parallelamente, sono stati attivati specifici tavoli di confronto con gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale, finalizzati alla definizione condivisa dei requisiti funzionali e alla valorizzazione delle specifiche esigenze cliniche e organizzative, anche con riferimento agli ambiti dell'ematologia e della radioterapia. Tali attività sono orientate all'armonizzazione dei processi e alla progressiva diffusione della soluzione a livello regionale.
Nel corso del 2027 proseguiranno le attività avviate nel 2026, con particolare riferimento alla progressiva diffusione della soluzione presso le strutture di ASUGI afferenti al percorso oncologico, allo sviluppo della medesima cartella per la sua implementazione anche negli ambiti ematologico e radioterapeutico, nonché al monitoraggio degli sviluppi della piattaforma Log80, anche ai fini della valutazione delle successive evoluzioni e dell'ulteriore estensione a livello regionale. Nell'ambito di tale attività:

- ARCS esercita la funzione di PMO, coinvolgendo il referente del fornitore della cartella oncologica e il relativo DEC di INSIEL, coordinando e monitorando le progettualità e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicate anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila.
- La Cabina di regina istituita nel 2026 nell'ambito della ROR garantisce il supporto di competenza sanitaria declinata nelle diverse specialità che compongono i percorsi oncologico ed ematologico.
- La DCS vigila sulla fase di attuazione.
- Le aziende del SSR collaborano per raggiugere il target FVG, secondo le indicazioni di DCS e ARCS
- Insiel S.p.A. assicura il supporto specialistico-funzionale al progetto e garantisce la realizzazione delle integrazioni e degli sviluppi applicativi necessari al conseguimento dell'obiettivo.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target Enti SSR		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
11.7.5.4.a	Progettazione e sviluppo della cartella clinica Log80 presso i Servizi di Ematologia e di Radioterapia degli Enti Regionali, replicando il modello	Avvio delle attività di progettazione, sviluppo ed eventuale avviamento della cartella Log80 presso i servizi di Ematologia e Radioterapia	Progettazione, sviluppo ed evenuale avviamento della soluzione presso il sito pilota entro il 31/12/2027	ASFO	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo di lavoro assicurata da ogni Ente	PMO, coordinamento e monitoraggio attività	Indirizzo strategico
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
11.7.5.4.b	Diffusione della cartella oncologica presso le strutture di ASUGI afferenti al percorso oncologico	Avvio delle attività di adozione della cartella Log80 presso le strutture di ASUGI afferenti al percorso oncologico	Attività di avviamento e adozione della soluzione entro il 31/12/2027	ASFO	-	PMO, coordinamento e monitoraggio attività	Indirizzo strategico
				ASUFC	-		
				ASUGI	Avvio		
				BURLO	-		
				CRO	-		

12. TUTELA DELLA PRIVACY NEL TRATTAMENTO DEI DATI

12.1 Consolidamento della governance della Privacy

Nel quadro del progressivo consolidamento della governance regionale della protezione dei dati personali, ARCS rafforza l'esercizio delle funzioni di coordinamento degli Enti del SSR e di supporto tecnico-specialistico alla Direzione Centrale Salute, promuovendo l'adozione di indirizzi, metodologie, trattamenti e modelli documentali condivisi, anche attraverso il coinvolgimento dei Responsabili della protezione dei dati e dei referenti privacy dei diversi soggetti interessati. Tale funzione, ferma restando l'autonomia e la responsabilità proprie di ciascun titolare del trattamento, è finalizzata ad assicurare uniformità interpretativa e applicativa, coerenza delle soluzioni adottate e una gestione coordinata delle problematiche di rilievo sovra-aziendale. In tale contesto ARCS, insieme alla Cabina di regia dei sistemi informativi degli Enti e con il supporto di Insiel S.p.A., avvia uno studio diretto a definire, con particolare riferimento alle piattaforme e alle soluzioni digitali regionali specificamente individuate dalla DCS, un framework giuridico-organizzativo per la protezione dei dati personali, che consenta di individuare, in relazione alle specifiche finalità, caratteristiche e modalità dei singoli trattamenti, i ruoli, le responsabilità e gli obblighi dei diversi soggetti coinvolti nella progettazione, realizzazione, gestione e utilizzazione delle piattaforme medesime. Lo studio prende in considerazione, segnatamente, la DCS, ARCS, Insiel S.p.A., gli Enti del SSR, le Strutture private convenzionate, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, valutandone di volta in volta la qualificazione ai sensi della normativa vigente e definendo criteri omogenei per disciplinare i rapporti tra gli stessi, i flussi e gli accessi ai dati, l'esercizio dei diritti degli interessati, le misure di sicurezza e tracciabilità, le regole di visibilità, nonché i processi di valutazione d'impatto e di gestione degli incidenti. Il framework dovrà pertanto costituire un riferimento comune per la gestione, lo sviluppo e l'evoluzione delle soluzioni digitali regionali, secondo i principi di responsabilizzazione, protezione dei dati fin dalla progettazione e per impostazione predefinita, proporzionalità e minimizzazione, evitando attribuzioni aprioristiche e generalizzate dei ruoli privacy e assicurando che la relativa qualificazione discenda, ove possibile, dall'analisi concreta e di dettaglio di ciascun trattamento e, negli altri casi, dall'individuazione di principi, ruoli e responsabilità fondamentali dei soggetti sopra richiamati, operanti nell'ambito del SSR e dell'ecosistema digitale sanitario regionale.
Per l'anno 2027, ARCS predispone, assieme alla Cabina di regia dei sistemi informativi e a Insiel SpA, un framework giuridico-organizzativo per la protezione dei dati personali e lo propone alla DCS entro il 31 luglio 2027.
Con specifico riferimento all'applicativo denominato "ADT centralizzato", ARCS predispone, assieme alla Cabina di regia dei sistemi informativi, Insiel SpA e agli Enti del SSR, un documento applicativo del framework a tale piattaforma e lo propone alla DCS entro il 31 dicembre 2027.

13. FLUSSI INFORMATIVI

La corretta alimentazione dei flussi informativi è un elemento essenziale ed imprescindibile per il monitoraggio e la valutazione del sistema del SSR. È impegno e responsabilità degli Enti assicurare la tempestiva e corretta alimentazione dei gestionali in uso per consentire a tutti i livelli di governance di disporre degli elementi di valutazione nonché di rispettare i debiti informativi ministeriali, sulla base dei quali le istituzioni esterne al sistema regionale valutano le performance del SSR e l'aderenza alle disposizioni normative.
A tal fine la DCS, anche attraverso il supporto tecnico di ARCS, provvederà ad effettuare una ricognizione dei debiti informativi che le Aziende hanno nei confronti della Regione anche in funzione degli obblighi informativi nei confronti del Ministero.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
13.a	Corretto e tempestivo inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	≥98%	ASFO ASUFC ASUGI	≥98%	Monito-raggio	
13.b	Tempestività e completezza dell'alimentazione del flusso hospice	% di completezza del flusso hospice in tempo utilie ad effettuare i controlli propedeutici alla tempestiva alimentazione del flusso ministeriale (1° trim: entro il 20.4.2027; 2° trim: 20.7.2027; 3° trim. 20.10.2027; 4° trim. 20.1.2028)	≥98%	ASFO ASUFC ASUGI CRO BURLO	≥98%	Monito-raggio	
13.c	Tempestività e completezza dell'inserimento in NSIS da parte delle Aziende dei Flussi informativi disciplinati dal D.P.C.M. 17.5.1984 e s.m.i. (FLS-11; FLS-12; FLS-18; FLS-21; HSP-12; HSP-13; HSP-14; HSP-22bis; HSP-23; HSP-24; STS-14; STS-21; STS-24)	% di modelli ministeriali inseriti in maniera completa e nel rispetto delle tempistiche previste dal ministero	100%	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	100%	Monito-raggio	

13.1 Flussi informativi dei dispositivi medici

Il decreto ministeriale 11 giugno 2010 ed il Decreto 25 novembre 2013 definiscono il debito informativo delle Regioni che alimenta la banca dati nazionale per il monitoraggio dei dispositivi medici che le strutture sanitarie direttamente gestite dal Servizio Sanitario Nazionale acquistano o rendono disponibili all'impiego.

I Decreti ministeriali 11 maggio 2023 hanno disposto obblighi di registrazione e conservazione dell'identificativo unico (UDI) dei dispositivi e dei dispositivi medico-diagnostici in vitro da parte delle istituzioni sanitarie.

La Banca dati europea dei dispositivi medici (Eudamed) prevista dal Regolamento (UE) 2017/745 e dal Regolamento (UE) 2017/746 è al momento funzionante limitatamente ai primi quattro moduli, divenuti obbligatori dal 28 maggio 2026, tra cui il modulo "registrazione UDI e dispositivi ".

Il Ministero della Salute ha informato in merito allo sviluppo di una nuova Banca dati nazionale dei dispositivi medici, finalizzata ad assicurare la continuità e il rafforzamento delle attività di governo del settore che garantirà la connessione a Eudamed assicurando la consultazione delle informazioni da parte delle istituzioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale. Al momento, tuttavia, non sono stati comunicati i dettagli tecnico-operativi e la nuova Banca dati non risulta attiva.

In questa fase di transizione sono attivi dei gruppi di lavoro presso il Ministero della Salute anche per definire i contenuti del flusso informativo regionale verso l'amministrazione centrale, che costituisce adempimento LEA, e valutarne l'impatto sulle Regioni. Pertanto, nei prossimi mesi potranno rendersi necessarie alcune azioni di implementazione/allineamento.

E' confermata in ogni caso la necessità di una corretta alimentazione dei conti economici BA0220, BA0230 e BA0240 e la corretta imputazione delle aliquote IVA anche ai fini dell'applicazione del D.L. 78/2015, art. 9-ter in tema di ripiano del superamento del tetto di spesa per l'acquisto dei dispositivi medici.

Nelle more di indicazioni ministeriali al riguardo, gli Enti continuano a verificare la qualità e completezza delle anagrafiche anche in riferimento all'RDM.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS
13.1.a	Gli Enti danno applicazione ai Decreti ministeriali 11 maggio 2023 che hanno disposto obblighi di registrazione e conservazione dell'identificativo unico (UDI) del dispositivo e dei dispositivi medico-diagnostici in vitro	A tendere, laddove presenti, sono registrati tutti gli UDI dei DM/IVD gestiti	Registrazione di almeno un UDI-DI per ogni referenza movimentata da gennaio a dicembre 2027	ARCS	- Più del 90% delle referenze DM/IVD hanno almeno un UDI-DI registrato a sistema. Obiettivo raggiunto - Numero di referenze DM/IVD con almeno un UDI-DI registrato a sistema ≥80% e < 90%. Parzialmente raggiunto - Numero di referenze DM/IVD con almeno un UDI-DI registrato a sistema < 80%. Obiettivo non raggiunto	Monito-raggio e supporto agli Enti
				ASFO	Obiettivo raggiunto se più del 50% delle referenze DM/IVD sono gestite sui propri sistemi amministrativo-contabili hanno almeno un UDI registrato a sistema o extra sistema	
				ASUFC		
				ASUGI		
				BURLO		
				CRO		

13.2 Progetto PNRR di potenziamento dei dati sanitari e modello di governance

Nell'ambito della linea di investimento PNRR M6C2 – 1.3.2.2.3 «Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale», la Regione ha partecipato al progetto ministeriale "Potenziamento della capacità di raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati sanitari", finalizzato ad accrescere la capacità regionale e aziendale di produrre e trasmettere dati di qualità a supporto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Il percorso, condotto dalla DCS con ARCS, Insiel e le Aziende del SSR attraverso assessment qualitativi (Open Discovery) e analisi degli indicatori di qualità e di trasmissione dei flussi (Data Driven), ha riguardato i flussi SDO, EMUR-PS, EMUR-118, SIAD, FAR, HOSPICE, SIND, SISM, CFO, DD-DPC, DM, AVN e i flussi *ex* articolo 50 relativi alla specialistica ambulatoriale e alla farmaceutica convenzionata. Le criticità e le raccomandazioni emerse sono state ricondotte a nove esigenze regionali e a ventisette interventi, raccolti nel Portfolio degli interventi e prioritizzati nel Piano degli interventi regionale.

Tra gli interventi prioritari rientra il superamento della frammentazione organizzativa nella gestione dei flussi, attraverso la definizione di un modello di governance univoco tra Regione, ARCS, Insiel e Aziende, che individui assetti organizzativi, livelli decisionali, canali di coordinamento e responsabilità operative lungo l'intero ciclo di vita del dato, con formalizzazione dei referenti per ciascun flusso e presidio delle utenze e dei profili autorizzativi NSIS. Nel corso del 2027 gli Enti del SSR formalizzano i referenti per ciascun flusso di competenza, partecipano ai tavoli regionali di coordinamento e procedono alla ricognizione delle utenze e dei profili autorizzativi NSIS; sulla base di tali esiti ARCS definisce e formalizza il modello di governance regionale e aziendale, la cui messa in esercizio si completerà nel 2028.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
13.2.a	Individuazione formale dei referenti aziendali per ciascun flusso informativo NSIS oggetto del progetto	Comunicazione dei nominativi dei referenti per ciascun flusso NSIS di competenza, trasmesso a DCS e ARCS	100% dei flussi di competenza con referente formalizzato, entro il 31.01.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	100%	Coordina-mento e monito-raggio	Indirizzo e verifica
13.2.b	Partecipazione ai tavoli regionali di coordinamento sui flussi informativi NSIS oggetto del progetto	% di incontri dei tavoli regionali di coordinamento con presenza del referente aziendale del flusso, sul totale degli incontri convocati	100%	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	100%	Coordina-mento e monito-raggio	Indirizzo e verifica
13.2.c	Ricognizione e aggiornamento delle utenze e dei profili autorizzativi NSIS in uso presso l'Ente	Trasmissione a DCS e ARCS dell'esito della ricognizione delle utenze e dei profili autorizzativi NSIS, con indicazione delle utenze confermate, modificate o disattivate	Ricognizione trasmessa entro il 30.06.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Ricognizione trasmessa entro il 30.06.2027	Coordina-mento e monito-raggio	Indirizzo e verifica
13.2.d	Definizione e formalizzazione del modello di governance regionale e aziendale dei flussi informativi NSIS, con individuazione degli assetti organizzativi, dei livelli decisionali, dei canali di coordinamento e delle responsabilità operative lungo il ciclo di vita del dato	Documento di modello di governance, comprensivo della matrice delle responsabilità (RACI) per ciascun flusso informativo e della definizione dei rapporti tra Regione, ARCS, Insiel e Aziende, trasmesso alla DCS	Documento trasmesso alla DCS entro il 31.12.2027	ARCS	Documento trasmesso alla DCS entro il 31.12.2027	Vedi Target	

14.INVESTIMENTI

14.1 Progettualità PNRR

Nel corso del 2026 è stato attestato il raggiungimento dei target per tutti gli interventi edili impiantistici e per acquisti tecnologici PNRR compresi nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per il Friuli Venezia Giulia sottoscritto dal Presidente della Regione in data 27 maggio 2022 e dal Ministro della Salute in data 30 maggio 2022 previsti dalla programmazione regionale:

Linea d'investimento	Obiettivo
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona	N. 23 Case della comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche
M6C1I1.2.2.1 - Centrali operative territoriali (COT) - COT	N. 12 Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti
M6C1I1.2.2.3 - Centrali operative territoriali (COT) - Device	
M6C1I1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	N. 7 Ospedali di comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche
M6C2I1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	N. 41 Grandi apparecchiature sanitarie operative
M6C2I1.2.1 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)	N. 1 Completamento degli interventi antisismici nelle strutture

In relazione agli investimenti strutturali finanziati dal PNRR inseriti nel POR, gli Enti del SSR rivestono il ruolo di soggetti attuatori esterni ai sensi dell'articolo 5, comma 6 dello schema di CIS che, attraverso la sottoscrizione delle schede intervento, hanno assunto congiuntamente e solidalmente con la Regione tutte le obbligazioni contenute nel CIS per la parte relativa all'intervento delegato per quanto attiene ai cronoprogrammi di attuazione e al rispetto delle condizionalità, delle milestone e target previsti.
Nel corso del 2027 proseguono le attività di rendicontazione della spesa sostenuta.

14.1.1 Monitoraggio delle misure PNRR

Il sistema ReGiS rappresenta la modalità attraverso cui le Amministrazioni interessate a livello centrale e territoriale sono tenute ad adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.
La rilevazione continua, costante e tempestiva dei dati dei progetti finanziati, delle informazioni inerenti le procedure di affidamento, dell'avanzamento procedurale, fisico e finanziario di ciascun progetto, nonché della raccolta e catalogazione della documentazione probatoria da parte di ciascun RUP è pertanto condizione imprescindibile al raggiungimento degli obiettivi dell'intero programma.

14.2 Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID

Gli obiettivi previsti dall'art.2 DL34/2020, recepiti nel Piano Regionale di riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID di cui alla DGR 1224/2020 e ss.mm.ii., sono di seguito rappresentati:

	Piano Regionale DGR 1224/2020 e ss.mm.ii.
Tabella 2	n. 70 posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva (di cui 12 overbooking) n. 89 posti letto aggiuntivi di Terapia Semiintensiva (di cui 4 overbooking)
Tabella 3	n. 12 Pronto Soccorso ristrutturati
Tabella 4	n. 1 Mezzo di Trasporto acquistato

Nel corso del 2026, come previsto dalla linea PNRR "M6C2 I1.1 "ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", sub investimento "rafforzamento strutturale ssn ("progetti in essere" ex art 2, dl 34/2020)".è stato attestato:

- il completo raggiungimento del target a valenza europea inerente la realizzazione di 85 posti letto di terapia Intensiva e 58 posti letto di terapia semi intensiva;
- il raggiungimento del target a valenza italiana, non vincolante, per la ristrutturazione di n.7 pronto soccorso.

Nel corso del 2027 proseguirà la realizzazione delle acquisizioni ancillari afferenti alle opere già realizzate ed il completamento degli interventi compresi nel Piano Regionale (in ultimo aggiornato con DGR n.639 del 08/05/2026) ulteriori a quelli già attestati.

Le attività di monitoraggio, controllo e controllo della rendicontazione circa gli interventi del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, di cui al decreto n. 1/2020 di data 23/12/2020 del Commissario delegato per l'attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera, sono svolte in maniera congiunta fra ARCS e l'Unità Operativa Complessa Tecnico Amministrativa (UOC) della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.
Nel corso del 2027 i Soggetti Attuatori individuati, al raggiungere delle condizioni stabilite dal "*Disciplinare di attuazione Economico-finanziaria e di Rendicontazione delle spese*" del 01.02.2021, proseguono le attività di rendicontazione delle spese propedeutiche alla formale presentazione delle richieste di rimborso dei finanziamenti stanziati dal DL. 34/2020 secondo le modalità disposte dal Disciplinare stesso.

14.3 Programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali

Nel corso del 2027 prosegue l'attuazione degli interventi compresi in programmi di finanziamento di investimenti sanitari con risorse statali:

Programma	Ente del SSR	Importo FS
Accordo di programma fra la Regione Friuli Venezia Giulia e il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per investimenti sanitari ex articolo 20 della legge n. 67/1988 - anno 2013-2016	ASUFC	43.694.575,91
	ASUGI	59.529.677,84
Ristrutturazione e alla riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici	ASUFC	420.234,24
Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	ASUFC	593.900,48
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 sovraossigenata	IRCCS BURLO	103.680,81
Fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello stato e allo sviluppo del paese previsto dall'art. 1, comma 95 della legge 30 dicembre 2018, n. 145	ASUFC	16.480.000,00
	ASFO	10.429.218,04
Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14 - Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese - PG4 interventi di edilizia sanitaria	ASUFC	1.633.909,08
	ASUGI	700.000,00
	ASUGI	700.493,50
	ASFO	933.662,34
	IRCCS CRO	420.148,05
	IRCCS BURLO	280.098,70
Art. 1 della legge 160 del 27 dicembre 2019 comma 14 - Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese - PG5 Efficientamento energetico e rinnovo tecnologico	ASUFC	2.819.142,72
	ASUGI	2.416.408,04
	ASFO	1.610.938,70
	IRCCS CRO	724.922,41
	IRCCS BURLO	483.281,61
Programma Investimenti ex Art.20, Legge n. 67/1988: Investimento E.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" ex PNC	ASUGI	8.864.703,00
	IRCCS CRO	5.852.280,00

Programma	Ente del SSR	Importo FS
	IRCCS CRO	12.376.471,00
Accordo di programma fra la Regione Friuli Venezia Giulia e il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per investimenti sanitari ex articolo 20 della legge n. 67/1988 - anno 2024	ASUFC	5.985.000,00
	ASUFC	41.515.039,05
	ASUFC	5.225.000,00
	ASUFC	11.400.000,00
	ASUGI	42.695.676,90
	ASUGI	14.250.000,00
	ASFO	14.915.000,00
	ASFO	23.680.096,09
L. 234/2021, art. 1 comma 264 – Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023	ARCS	11.760.677,33
L. 234/2021, art. 1 comma 265 – Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023	Da ripartire	9.636.864,68

Si riepilogano i principali adempimenti prescritti per l'attuazione degli investimenti finanziati con risorse statali:

- in fase di programmazione
    - è richiesta l'attestazione di assenza di doppio finanziamento e di assenza di sovrapposizione di finanziamenti diversi di qualsiasi natura;
- in fase di progettazione/ammissione a finanziamento di ogni singolo intervento
    - ai fini dell'ammissione a finanziamento dei singoli interventi deve essere trasmessa la documentazione di approvazione del progetto a base della procedura di affidamento dei lavori;
    - sono richieste le seguenti attestazioni:
        - completezza della documentazione ai fini dell'esecuzione
        - acquisizione di tutti i pareri/nulla osta/autorizzazioni previste per legge in base alla tipologia di intervento
        - estremi della verifica e validazione della documentazione di progetto;
- in fase di esecuzione di ogni singolo intervento
    - è richiesta la comunicazione di avvenuto affidamento dei lavori;
    - è richiesto li costante e progressivo aggiornamento dei dati riferiti all'intervento contenuti nella BDAP;
    - in caso di più linee di finanziamento per lo stesso appalto, vanno mantenuti separati documenti contabili, pagamenti e rendicontazione;
    - deve essere garantita la trasmissione dei dati relativi al monitoraggio annuale previsto dalle norme o in caso di altre eventuali richieste da parte del MEF e/o del MS;
    - coerentemente con l'emissione degli stati di avanzamento dei lavori deve essere trasmessa la documentazione finalizzata alla richiesta di erogazione dei fondi statali (almeno una volta l'anno);
    - deve essere tempestivamente comunicata ogni variazione/modifica contrattuale/ritardo nell'attuazione dell'investimento.

Eventuali ulteriori specifici adempimenti riguardanti i singoli interventi e programmi di finanziamento verranno progressivamente comunicati direttamente agli enti del SSR titolari degli interventi.

Entro il 28/02/2027 gli Enti interessati sono tenuti a trasmettere alla DCS l'aggiornamento sullo stato di avanzamento degli interventi secondo il "modello di rilevazione Accordi di Programma e Interventi ex art 20 L. 67/1988" ai fini dell'inserimento del kit informativo richiesto dal sistema Osservatorio investimenti pubblici in sanità del NSIS.

Nell'ambito dell'Accordo di programma per investimenti sanitari ex articolo 20 della legge n. 67/1988 - anno 2013, permane la costante attenzione sul prosieguo dell'attuazione dell'intervento di "Riordino della rete ospedaliera triestina: ristrutturazione e ampliamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo".

14.4 Attuazione degli investimenti programmati a favore del sistema sanitario e sociosanitario regionale

Le Aziende proseguono nell'attuazione degli interventi di investimento programmati e finanziati, finalizzati alla valorizzazione del patrimonio degli enti del SSR e al miglioramento della capacità di presa in carico dei cittadini, e dell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
In tale contesto si inserisce la misura straordinaria adottata dall'Amministrazione regionale per favorire la permanenza sul territorio del personale infermieristico e sanitario fuori sede operante nel Servizio sanitario regionale, attraverso la messa a disposizione di specifiche soluzioni abitative da parte delle Aziende sanitarie. L'iniziativa è finalizzata a sostenere le esigenze di alloggio del personale infermieristico e sanitario, contribuendo a rendere più attrattiva la permanenza degli operatori nel territorio regionale.
Parallelamente, proseguiranno gli interventi volti al rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria, mediante la realizzazione e l'adeguamento di strutture che ospitano servizi dedicati all'integrazione sociosanitaria, anche con particolare riferimento alla disabilità e alla salute mentale.

14.5 Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2027-2029

Le risorse disponibili sul bilancio regionale 2027-2029, al netto di quelle già programmate e assegnate nel corso degli esercizi precedenti, saranno ripartite a favore degli enti del SSR per interventi di investimento edili impiantistici e per acquisti di beni mobilie tecnologici.
Nella programmazione degli interventi di investimento da realizzare con le risorse finanziarie assegnate, ferma restando l'autonomia decisionale aziendale, gli Enti del SSR sono tenuti a dare priorità agli interventi di messa in sicurezza e adeguamento alla normativa. Gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto della disciplina stabilita dall'articolo 33 della LR 26/2015 per ciascuna fase programmatoria.

14.6 Altre linee di finanziamento di parte corrente per gestione e investimenti

Per quanto riguarda l'impianto regionale PACS e la rete dell'emergenza sanitaria SORES, gli investimenti per le componenti centralizzate sono realizzati per il tramite di INSIEL, secondo modalità già definite nel piano SISSR.
Inoltre, per il PACS e altri sistemi correlati di gestione dell'imaging, quali a titolo non esaustivo, l'imaging cardiologico, l'imaging endoscopico e di altre specialità, viene garantita copertura finanziaria:

- ad ARCS, attraverso le risorse iscritte al capitolo 4354 e nell'ambito delle risorse ordinarie di parte corrente, per il mantenimento del servizio di conduzione e assistenza tecnica e l'estensione sulla base dei programmi definiti per le diverse aree dell'imaging biomedicale;
- agli Enti del SSR, nell'ambito delle risorse ordinarie assegnate per interventi di investimento, per la quota in conto capitale necessaria all'aggiornamento e l'estensione del parco hardware specialistico in coerenza con il modello di gestione delle risorse tecnologiche già in essere nell'ambito del sistema PACS Regionale.

14.7 Altre disposizioni

14.7.1 Richieste annuali di erogazione delle risorse in conto capitale

Al fine di garantire una gestione efficiente delle procedure amministrativo-contabili relative all'erogazione delle risorse in conto capitale destinate agli interventi di investimento programmati ai sensi della L.R. 26/2015, gli Enti possono procedere alla richiesta di erogazione prevista dall'articolo 37, comma 8, della medesima legge regionale nell'ambito delle attività di riaccertamento ordinario dei residui che sono annualmente svolte in applicazione del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

14.7.2 Obblighi di acquisizione di parere della DCS

Nel 2027 gli Enti dovranno acquisire il parere della DCS per:

- la sottoscrizione con soggetti terzi degli impegni diversi da quelli previsti dall'articolo 36, comma 8, della LR 26/2015 riguardanti il patrimonio;
- l'introduzione di nuove tecnologie indipendentemente dalla modalità di fornitura oppure la sostituzione di tecnologie esistenti di proprietà dell'Ente, qualora la modalità di fornitura prevista non sia in conto capitale (ad esempio noleggio, service, comodato, ecc.) e appartenga alle seguenti classi tecnologiche di particolare complessità e/o rilevanza strategica in relazione alla programmazione sanitaria regionale:
    - Ambito radioterapico:
        - acceleratore lineare;
        - acceleratore lineare intraoperatorio;
        - sistema per tomoterapia;
        - sistema per protonterapia;
        - sistema per adroterapia;
        - TC per simulazione per radioterapia;
        - altre tecnologie per tecniche radioterapiche innovative.
    - Ambito diagnostico radiologico:
        - tomografo assiale computerizzato (TC);
        - tomografo a risonanza magnetica;
        - angiografo fisso;
        - mammografo;
        - altre tecnologie per tecniche radiodiagnostiche innovative.
    - Ambito diagnostico di medicina nucleare:
        - gamma camera computerizzata;
        - sistema TC/gamma camera integrata;
        - sistema PET o TC/PET integrato;
        - ciclotrone;
        - altre tecnologie per tecniche diagnostiche innovative in Medicina nucleare.
    - Ambito tecnologico a supporto dei sistemi informativi clinici:
        - sistemi per trasmissione ed archiviazione centralizzata di bioimmagini (PACS, digitalizzazione anatomia patologica, …);
        - sistemi per trasmissione ed archiviazione centralizzata di tracciati e dati biometrici (es. ECG, spirometria, indagini diagnostiche ambulatoriali, …);
        - altre sistemi innovativi a supporto dei sistemi informativi clinici.
    - Ambito dell'automazione/navigazione nell'ambito dei processi clinici:
        - sistema robotizzato per chirurgia;
        - sistema robotizzato per la preparazione automatizzata di farmaci;
        - sistema robotizzato per la distribuzione automatizzata di farmaci;
        - sistemi di navigazione chirurgica;
        - altre tecnologie innovative nell'automazione dei processi clinici.
    - Ambito del laboratorio:
        - spettrometria di massa con HPLC;
        - sequenziatori;
        - catene preanalitiche e analitiche;

- sistemi robotizzati per anatomia patologica;
- altre tecnologie innovative nel settore dei processi analitici.

- Attrezzature sanitarie con significativa complessità tecnologica e con carattere di particolare innovazione tecnologica non già definite nelle categorie sopra elencate la cui acquisizione implica un impatto e/o variazioni organizzative o gestionali o economiche significative per gli Enti dell'SSR.

La richiesta di parere alla DCS dovrà pervenire corredata della valutazione dell'ARCS che, preliminarmente a tal fine, provvederà a condividere con gli Enti del SSR l'elenco della documentazione ritenuta necessaria.

14.7.3 Programmazione 2028

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2028, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2028 (PPI 2028).

Gli enti del SSR, anche a seguito di un percorso preliminare di confronto, condotto direttamente con ARCS e secondo le modalità che saranno fornite da ARCS stessa nell'esercizio del proprio ruolo di coordinamento, dovranno adottare il PPI 2028 entro il 30 settembre 2027 completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti (attuale comma 2 dell'art. 33 della L.R. 26/2015). L'ARCS trasmetterà al NVISS:

- entro il 30 settembre 2027 il proprio PPI 2028;
- entro il 15 novembre 2027 una relazione con la valutazione dei PPI 2028 degli Enti del SSR, redatta sulla base delle indicazioni che saranno preliminarmente fornite dalla UOC tecnico-amministrativa della DCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.2.a	Adozione PPI 2028	Adozione e trasmissione ad ARCS e DCS del PPI 2028 (art. 33 c. 2, della L.R. n. 26/2015)	Entro 30.9.2027	ASFO	Entro 30.9.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
14.7.2.b		Adozione e trasmissione a DCS del PPI 2028 (art. 33, c. 2, della L.R. n. 26/2015)	Entro 30.9.2027	ARCS	Entro 30.9.2027	Vedi target	
14.7.2.c	Valutazione del PPI 2028 degli Enti del SSR	Trasmissione alla DCS una relazione con la valutazione dei PPI 2028 degli Enti del SSR, redatta sulla base delle indicazioni che saranno preliminarmente fornite dalla U.O.C. tecnico amministrativa della DCS stessa	Entro 15.11.2027	ARCS	Entro 15.11.2027	Vedi target	

14.7.4 Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti

ARCS proseguirà nel 2027 nel supporto:

- alle attività connesse con la programmazione, monitoraggio e controllo degli investimenti richieste dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità;
- alle attività di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR, sulla base della documentazione resa disponibile dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e dagli Enti del SSR.

14.7.5 Monitoraggio delle procedure di acquisizione con formula noleggio e service

Gli Enti del SSR assicurano la corretta applicazione della proposta operativa definita da ARCS nel 2025 per la gestione e il monitoraggio delle tecnologie biomediche acquisite mediante formule contrattuali diverse dall'acquisto diretto (noleggio, service, comodato e analoghe modalità di disponibilità), garantendo in particolare la tracciabilità della catena dei "CIG Padre" e "CIG Derivato" nelle procedure di acquisizione, il costante aggiornamento della piattaforma regionale AITB con le informazioni relative ai contratti sottoscritti e alle tecnologie oggetto di collaudo, e l'invio ad ARCS con cadenza trimestrale della catena dei CIG Padre&Derivato attivati nel periodo.

ARCS prosegue l'attività di monitoraggio dell'attuazione della suddetta proposta operativa e della qualità delle informazioni registrate nei sistemi regionali, al fine di disporre di un quadro aggiornato e attendibile della consistenza del parco tecnologico biomedicale regionale e supportare le attività di programmazione e governo delle tecnologie sanitarie.

14.7.6 Piattaforma unica regionale per il governo tecnico/manutentivo del parco tecnologico biomedicale del SSR

Gli Enti del SSR proseguono le attività di consolidamento ed efficientamento della piattaforma unica regionale AITB per il governo tecnico e manutentivo del parco tecnologico biomedicale del SSR, assicurando la completezza, la qualità e l'aggiornamento delle informazioni registrate.

ARCS, per il tramite di un contratto di servizi manutentivi a carico delle proprie risorse ordinarie di parte corrente, coordina e monitora le attività di consolidamento, gestione, mantenimento della piattaforma unica regionale AITB, inoltre definisce e promuove eventuali sviluppi evolutivi della piattaforma, finalizzati al miglioramento delle funzionalità, all'integrazione e all'interoperabilità dei dati e all'efficienza complessiva del sistema in linea con le esigenze del SSR.

Sostiene il confronto operativo tra gli Enti del SSR e organizza incontri periodici con i referenti tecnici aziendali al fine di favorire l'omogeneità dei processi, la qualità dei dati e l'efficace governo del parco tecnologico biomedicale regionale.

14.7.7 Dimensionamento dotazione tecnologica biomedicale SSR

Al fine di migliorare l'efficientamento del processo di valutazione della consistenza del parco tecnologico biomedicale in uso presso gli Enti del SSR, ARCS procederà alla valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.7.a	Aggiornamento sistema informativo unico regionale per il governo tecnico-manutentivo del parco macchine biomedicale con i collaudi delle nuove tecnologie e con le dismissioni delle tecnologie obsolete	Trasmissione ad ARCS entro il 28.2.2027 di una nota di conferma dell'avvenuto aggiornamento, con i dati relativi a collaudi e dismissioni intervenuti entro il 31.12.2026, del sistema informativo unico regionale per il governo tecnico-manutentivo del parco macchine biomedicale	Entro il 28.02.2027	ASFO	Entro 28.2.2027		
				ASUFC	Entro 28.2.2027		
				ASUGI	Entro 28.2.2027		
				BURLO	Entro 28.2.2027		
				CRO	Entro 28.2.2027		
14.7.7.b	Valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG	Predisposizione relazione con l'aggiornamento della valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG	Entro 31.5.2027	ARCS	Entro 31.5.2027	Vedi target	

14.7.8 PACS, gestione imaging cardiologico, endoscopico e di altre specialità

Nel corso del 2027 ARCS assicurerà il coordinamento e monitoraggio delle attività riguardanti i sistemi informativi per la gestione dell'imaging.

Nelle more del completamento dei percorsi di contezioso che si sono attivati a seguito dell'aggiudicazione della gara per l'affidamento della conduzione del nuovo sistema PACS regionale, nel corso del 2027 ARCS:

1. dà attuazione a un'iniziativa di messa in sicurezza dell'attuale impianto distribuito presso i siti hub ospedalieri e presso le sedi degli IRCCS utilizzando le soluzioni di infrastruttura centralizzata rese disponibili da INSIEL nel proprio data center regionale;
2. individua e attua una soluzione di continuità della conduzione e gestione manutentiva dell'impianto PACS regionale al termine del contratto in essere avente scadenza contrattuale al 31.12.2027.

ARCS darà inoltre seguito all'attuazione della strategia di approvvigionamento del sistema CIS, con l'obiettivo di realizzare una digitalizzazione dei processi integrata con il SISSR uniforme tra gli Enti.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.8.a	Messa in sicurezza dell'attuale impianto distribuito presso i siti hub ospedalieri e irccs	ARCS trasmette alla DCS una relazione attestante il completamento delle attività di messa in sicurezza dell'infrastruttura PACS.	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027	Vedi target	
14.7.8.b	Attuazione di una soluzione di continuità della conduzione e gestione manutentiva dell'impianto PACS regionale al termine del contratto	Conclusione del percorso di approvvigionamento di un nuovo servizio di conduzione e manutenzione della nuova soluzione infrastrutturale PACS alla scadenza del contratto	entro il 31.12.2027	ARCS	entro il 31.12.2027	Vedi target	

Nell'ambito dell'attuazione di un modello di gestione uniforme dei sistemi informativi in cardiologia, ARCS concluderà un percorso di approvvigionamento di un nuovo sistema informativo da implementare nei vari centri di cardiologia del SSR.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.8.c	Attuazione di un modello di gestione uniforme dei sistemi informativi in cardiologia	Indizione della nuova fornitura, con conduzione e manutenzione	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027		

ARCS garantisce la conduzione e la gestione manutentiva, anche evolutiva, della piattaforma dei sistemi di gestione dell'imaging endoscopico flessibile e non e dell'imaging dermatologico in uso presso gli Enti del SSR.

14.7.9 Consolidamento e sviluppo delle competenze di Ingegneria Clinica per la gestione dei dispositivi biomedicali nei diversi setting assistenziali

L'evoluzione del modello organizzativo delineato dal DM 77/2022 e il progressivo rafforzamento dell'assistenza territoriale comportano una diffusione sempre più ampia delle tecnologie biomedicali e degli ausili sanitari in contesti assistenziali articolati e interconnessi, che comprendono l'ambito ospedaliero, le Case della Comunità e le altre strutture territoriali, i percorsi di telemedicina e assistenza domiciliare, nonché gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.
Parallelamente, si assiste a una continua evoluzione dei sistemi tecnologici e a una crescente interconnessione tra dispositivi biomedicali, ausili tecnologicamente complessi e sistemi informativi sanitari, con conseguente aumento delle esigenze di interoperabilità, raccolta e condivisione dei dati a supporto delle attività cliniche, assistenziali, gestionali e di ricerca.
Tale evoluzione rende opportuno approfondire il ruolo che le competenze di Ingegneria Clinica sono chiamate a svolgere nei diversi contesti di erogazione delle cure. In particolare, dovranno essere analizzati gli aspetti connessi alla continuità dei percorsi assistenziali tra ospedale, territorio e domicilio del paziente e conseguentemente nel dettaglio:

- del supporto nelle fasi di definizione del fabbisogno e di individuazione delle migliori soluzioni tecnologiche per efficacia e sostenibilità in modo trasversale alle possibili modalità di acquisizione;
- dell'interoperabilità tra dispositivi biomedicali, ausili tecnologicamente complessi e sistemi informativi sanitari;
- del supporto al presidio dei flussi informativi che si originano e si compongono anche con i dati generati dalle tecnologie biomedicali;
- della gestione integrata del rischio clinico e di sicurezza informatica in contesti caratterizzati dall'utilizzo di tecnologie connesse in rete;
- dei possibili modelli innovativi di gestione tecnico-manutentiva delle tecnologie biomedicali;
- delle esigenze di supporto e formazione degli utilizzatori delle tecnologie stesse.

Risulta pertanto opportuno avviare, nel corso del 2027, sotto l'indirizzo della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e con il coordinamento tecnico-operativo di ARCS, uno specifico percorso di analisi e confronto organizzativo finalizzato alla definizione di un modello regionale di riferimento che individui il perimetro aggiornato delle competenze delle strutture di Ingegneria Clinica, coerente con l'evoluzione del sistema sanitario regionale e con la crescente diffusione delle tecnologie biomedicali nei diversi setting assistenziali. Il modello costituirà il riferimento per la successiva valutazione, da parte degli Enti del SSR, dei fabbisogni professionali, organizzativi e formativi necessari a garantirne l'attuazione nei rispettivi contesti aziendali.
In particolare:

- ARCS effettua un'analisi comparativa dei modelli organizzativi adottati dagli Enti del SSR per la gestione delle tecnologie biomedicali nei diversi setting assistenziali, anche attraverso il confronto con le best practice, e definisce, in collaborazione con gli Enti, un modello regionale di riferimento volto a individuare il perimetro aggiornato delle competenze dell'Ingegneria Clinica nei seguenti ambiti:
    - Area ospedaliera;
    - Case della Comunità e altre strutture sanitarie territoriali;
    - Telemedicina, assistenza domiciliare e ausili tecnologicamente avanzati;
    - Studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;
- la Direzione centrale salute valida il modello regionale di riferimento e gli indirizzi organizzativi conseguenti;
- gli Enti del SSR predispongono un piano di adeguamento organizzativo garantendo l'allineamento ai macro-trend sopra richiamati e ai modelli individuato e funzionale alla programmazione regionale SSR;
- gli Enti del SSR realizzeranno gli interventi di adeguamento organizzativo attuabili nell'ambito della propria autonomia economica e gestionale, dando puntuale riscontro ad ARCS e alla Direzione centrale. Gli interventi che comportino fabbisogni di personale, risorse economiche o ulteriori oneri non già ricompresi nelle disponibilità degli Enti saranno oggetto di valutazione nell'ambito degli ordinari processi di programmazione aziendale/regionale, previa coerenza con il modello di riferimento e le relative modalità di attuazione proposte

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.9.a	Definizione del modello regionale di riferimento per l'evoluzione delle competenze di Ingegneria Clinica nei diversi setting assistenziali del SSR (Ospedaliero, Case della Comunità/altre strutture, Territorio-telemedicina/ausili/cure domiciliari, MMG/PLS)	Analisi modelli organizzativi adottati dagli Enti del SSR per le quattro linee, confronto con le best practice. Definizione modello di riferimento e trasmissione a DCS	Entro 30.4.2027	ASFO	Partecipazione attiva alle attività previste	Definizione modello di riferimento e trasmissione a DCS	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
				ARCS	Entro 30.4.2027	Vedi Target	Validazione modello di riferimento entro 30.6.2027
14.7.9.b	Piano di adeguamento organizzativo	Presentazione alla DCS di piano di adeguamento organizzativo al modello proposto	Entro 30.9.2027	ASFO	Entro 30.9.2027	Coordinamento della predisposizione del Piano e monitoraggio nell'attuazione	
				ASUFC	Entro 30.9.2027		
				ASUGI	Entro 30.9.2027		
				BURLO	Entro 30.9.2027		
				CRO	Entro 30.9.2027		

14.7.10 Aggiornamento dell'Anagrafe NSIS delle grandi apparecchiature sanitarie

Al fine di garantire la completezza, l'accuratezza e il costante aggiornamento dell'Anagrafe delle grandi apparecchiature sanitarie e di assicurare la disponibilità di una rappresentazione attendibile del patrimonio tecnologico regionale, ARCS coordina una ricognizione regionale finalizzata alla verifica e all'aggiornamento delle informazioni presenti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). L'attività, svolta in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 22 aprile 2014 che ha istituito il flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie, interessa gli Enti del SSR, i soggetti privati accreditati e gli altri soggetti non pubblici tenuti all'alimentazione del flusso informativo, individuati anche sulla base delle informazioni fornite dalla DCS.
La ricognizione riguarda le apparecchiature ricomprese nel tracciato ministeriale, tra cui TAC, risonanze magnetiche, angiografi, mammografi, acceleratori lineari, gamma camere, sistemi TAC/PET e le ulteriori tecnologie previste dall' Anagrafe nazionale delle grandi apparecchiature.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.10.a	Effettuare una rilevazione iniziale delle informazioni presenti nell'Anagrafe NSIS delle Grandi Apparecchiature	Predisposizione e trasmissione alla Direzione Centrale Salute di un report contenente: - consistenza delle grandi apparecchiature registrate; - distribuzione per tipologia di tecnologia; - distribuzione per soggetto titolare; - eventuali anomalie e criticità rilevate.	Entro 31.03.2027	ARCS	Entro 31.03.2027		
14.7.10.b	Coordinare la ricognizione regionale presso gli Enti del SSR, i soggetti privati accreditati e gli altri soggetti non pubblici interessati, promuovendo la verifica e l'aggiornamento delle informazioni presenti nell'Anagrafe.	Predisposizione e trasmissione alla Direzione Centrale Salute di una relazione finale contenente: - esiti della ricognizione effettuata; - confronto tra fotografia iniziale e fotografia finale; - eventuali criticità residue.	Entro 31.12.2027	ARCS	Entro 31.12.2027		Supporto all'individuazione dei soggetti privati accreditati e non

14.7.11 Attrezzaggio nuovi padiglioni dell'ospedale di Udine

Al fine di realizzare gli investimenti tecnologici per l'attrezzaggio dei nuovi Padiglioni dell'Ospedale di Udine, ARCS e ASUFC collaborano per il completamento dell'espletamento delle procedure di gara previste nel piano congiunto definito per l'attrezzaggio degli stessi, secondo i fabbisogni espressi da ASUFC.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
14.7.11.a	Realizzazione degli investimenti tecnologici per l'attrezzaggio dei nuovi Padiglioni dell'Ospedale di Udine	Completamento dell'espletamento delle procedure di gara previste nel piano congiunto per l'attrezzaggio dei nuovi padiglioni dell'Ospedale di Udine.	Entro 31.10.2027	ARCS	Entro 31.10.2027		

14.7.12 Il ruolo dei Partenariati Pubblico-Privati (PPP) nello sviluppo del sistema sanitario regionale

Tra gli strumenti per lo sviluppo dell'innovazione tecnologica, gestionale, organizzativa e di processo nel Sistema "salute", con la legge regionale 6 agosto 2025, n. 12 il Legislatore Regionale ha individuato, in particolare all'art. 8, comma 73, lettera *c*), anche la promozione di forme di partenariato pubblico privato. In considerazione delle proposte di iniziativa privata attualmente in corso di valutazione da parte degli Enti del SSR, i Partenariati Pubblico-Privati possono pertanto essere uno strumento per rafforzare la capacità del sistema sanitario regionale, accelerare innovazione e ammodernamento delle infrastrutture e migliorare l'efficienza dei servizi, nel rispetto della missione pubblica. Il loro utilizzo deve essere coerente con la programmazione regionale, sostenibile sul piano tecnico-economico e finalizzato al pieno rispetto e rafforzamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tali forme di collaborazione devono ispirarsi ai principi di equità, universalità, accessibilità e trasparenza, garantendo sistemi di controllo e valutazione efficaci.
Dal 2025 proseguono le valutazioni sulle proposte di partenariato pubblico-privato (PPP), tanto di iniziative "core" quanto di iniziative "non core". La Giunta Regionale sostiene tale strumento, riconoscendo nel PPP una modalità idonea a favorire la realizzazione di interventi di interesse pubblico e a ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili.

15. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ

15.1 Rete cure sicure FVG

Le Aziende del Servizio sanitario regionale nel corso del 2027 sono tenute a garantire il mantenimento della governance dei programmi regionali, l'adesione ai sistemi di sorveglianza, la diffusione delle buone pratiche e l'attuazione di interventi mirati nelle aree individuate come prioritarie.
In particolare, le priorità per il 2027 riguardano:

- il rafforzamento delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni e di contrasto all'antimicrobico-resistenza;
- la promozione di modelli assistenziali orientati al superamento della contenzione, attraverso l'adozione di strategie alternative e di interventi appropriati;
- il miglioramento dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, con particolare riferimento all'utilizzo degli inibitori di pompa protonica;
- il rafforzamento della formazione e del coinvolgimento dei professionisti sanitari e sociosanitari e delle équipe assistenziali delle strutture ospedaliere, territoriali e residenziali, quali elementi essenziali per sostenere il cambiamento organizzativo, favorire l'adozione delle buone pratiche e consolidare l'integrazione e la continuità dei percorsi assistenziali.

Gli obiettivi sono articolati in due sezioni.
La Tabella A riporta le linee di attività individuate quali priorità regionali per l'anno 2027, sulle quali si concentra l'azione di sviluppo e miglioramento del sistema.
La Tabella B comprende, invece, le attività ormai consolidate nell'ambito della Rete Cure Sicure FVG che, pur non costituendo specifiche priorità annuali, vengono mantenute e rendicontate al fine di garantire la continuità dei programmi regionali e la completezza del sistema di monitoraggio.

Legenda
DCS: trasmissione formale alla DCS
RCS: trasmissione tramite e-mail a retecuresicure@regione.fvg.it

Tabella A

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.1.a	Consolidare l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per il trattamento delle lesioni cutanee	Completamento delle attività formative dei professionisti sanitari, della diffusione delle indicazioni regionali e partecipazione al gruppo di lavoro regionale coordinato da ARCS.	1. Realizzazione di almeno un evento formativo entro il 31.12.2027. 2. Partecipazione al gruppo di lavoro regionale entro il 31.12.2027, secondo le indicazioni di ARCS e della RCS	ASFO	Vedi Target	Vedi Target	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
				ARCS			
15.1.b	Prevenire e controllare la diffusione delle infezioni correlate all'assistenza	Recepimento da parte degli Enti sanitari regionali del documento regionale condiviso per la standardizzazione delle attività dei Link Professional	Recepimento del documento regionale da parte di tutti gli Enti entro il 30.06.2027	ASFO	Recepimento del documento regionale entro il 30.06.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.1.c		Avvio del piano di formazione regionale per la formazione dei Link Professional per lo svolgimento delle attività finalizzate alla prevenzione delle ICA.	Avvio del piano di formazione entro 31.12.2027	ASFO	Avvio del piano entro il 31.12.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.1.d		Compilazione del modello di assessment relativo ai dati 2026, con individuazione delle criticità e definizione del piano di miglioramento 2027 e trasmissione alla DCS	Report di assessment relativo al 2026 e piano di miglioramento per il 2027 trasmessi alla DCS entro il 30.04.2027	ASFO	Report di assessment relativo al 2026 e piano di miglioramento per il 2027 trasmessi alla DCS entro il 30.04.2027		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.1.e	Prevenire e contrastare l'antimicrobic	Validazione dei dati sulle resistenze agli antibiotici relativi al	Trasmissione alla DCS dei dati validati entro il 30.04.2027	ASFO	Trasmissione alla DCS dei dati validati entro il	Estrazione dei dati e messi a	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	o-resistenza (AMR) e promuovere l'uso appropriato degli antibiotici	2026 estratti		ASUFC ASUGI	30.04.2027	disposi-zione delle Aziende per la successiva validazione	
15.1.f	Promuovere il superamento della contenzione nei contesti assistenziali secondo quanto previsto dalla DGR 1904/2016	Realizzazione e diffusione di un documento informativo comune rivolto ai familiari/caregiver dei pazienti/ospiti, predisposto secondo i contenuti e le caratteristiche definite nel documento "Le cure libere da contenzione"	Predisposizione del documento informativo condiviso entro il 10.05.2027 e sua diffusione aziendale entro il 31.05.2027	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Predispo-sizione del documento informativo condiviso entro il 10.05.2027 e sua diffusione aziendale entro il 31.05.2027	Coordi-namento	
15.1.g		Trasmissione alla DCS dell'evidenza della realizzazione dell'attività formativa rivolta ai Medici di Medicina Generale sulla prevenzione e gestione della contenzione nell'ambito della programmazione formativa CeFORMED (ARCS), con monitoraggio della numerosità dei Medici di Medicina Generale partecipanti.	1. Eventi formativi realizzati nell'ambito della programmazione formativa CeFORMED >=1; 2. Numero MMG operanti in Regione partecipanti all'evento sul totale MMG: >=70%; 3. Trasmissione alla DCS entro il 30.09.2027 delle informazioni sull'evento formativo realizzato e sulla partecipazione degli MMG	ARCS	Vedi Target	Vedi Target	
15.1.h		Percentuale di Direttori e Coordinatori delle UU.OO. ospedaliere e territoriali con degenza che hanno partecipato alle attività formative della FAD regionale	Partecipazione alle attività formative di almeno il 60% dei Direttori e dei Coordinatori delle UU.OO. ospedaliere e territoriali con degenza entro il 31/10/2027.	ASFO ASUGI ASUFC CRO BURLO	Partecipazione alle attività formative di almeno il 60% dei Direttori e dei Coordinatori delle UU.OO. ospedaliere e territoriali con degenza entro il 31/10/2027.		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.1.i		Evidenza dello svolgimento delle attività aziendali di promozione e diffusione della FAD regionale indirizzata Responsabili e dei Coordinatori delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti.	Realizzazione, entro il 31/10/2027, di almeno un evento formativo.	ASFO	Realizzazione, entro il 31/10/2027, di almeno un evento formativo		
				ASUGI			
				ASUFC			
15.1.j		Realizzazione di audit clinici partecipati su singoli casi di contenzione fisica.	Entro il 31/12/2027 effettuazione di almeno 3 audit clinici partecipati per Azienda su singoli episodi di contenzione fisica, con analisi delle motivazioni alla base dell'applicazione della contenzione, delle alternative valutate, degli elementi organizzativi e assistenziali contribuenti e alla definizione delle eventuali azioni di miglioramento.	ASFO	Entro il 31/12/2027 effettuazione di almeno 3 audit clinici partecipati per Azienda su singoli episodi di contenzione fisica, con analisi delle motivazioni alla base dell'applicazione della contenzione, delle alternative valutate, degli elementi organizzativi e assistenziali contribuenti e alla definizione delle eventuali azioni di miglioramento.		
				ASUGI			
				ASUFC			
15.1.k		Realizzazione della survey regionale secondo il protocollo definito dalla Rete Cure Sicure FVG e trasmissione dei dati raccolti.	Effettuazione della survey regionale sulla contenzione entro il 30/09/2027 e trasmissione dei dati alla RCS secondo le modalità e le tempistiche definite	ASFO	Effettuazione della survey regionale sulla contenzione entro il 30/09/2027 e trasmissione dei dati alla RCS secondo le modalità e le tempistiche definite		
				ASUGI			
				ASUFC			
15.1.l	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva	Definizione e attuazione di interventi di miglioramento nelle unità operative/ambiti assistenziali individuati sulla base dei dati di utilizzo dei PPI relativi alla rilevazione 2026	Realizzazione di almeno un intervento di miglioramento per ciascun ambito individuato entro il 30/05/2027.	ASFO	Realizzazione di almeno un intervento di miglioramento per ciascun ambito individuato entro il 30/05/2027		
				ASUGI			
				ASUFC			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.1.m		Predisposizione di un modello regionale condiviso di percorso multidisciplinare per la riconciliazione della terapia farmacologica per i pazienti ricoverati nelle strutture territoriali intermedie, comprensivo dei criteri di attivazione.	Predisposizione e utilizzo del modello regionale entro il 31/12/2027.	ASFO ASUGI ASUFC	Predisposizione e utilizzo del modello regionale entro il 31/12/2027.		

Tabella B

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.1.n	Garantire il mantenimento della governance della Rete Cure Sicure FVG	Nomina formale del Risk Manager (RM) e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP).	Trasmissione alla DCS dei nominativi del RM e dei RAP entro il 15/2/2027.	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Trasmissione alla DCS dei nominativi del RM e dei RAP entro il 15/2/2027.	Vedi Target	
15.1.o	Garantire la trasparenza delle informazioni relative alla sicurezza delle cure e alla responsabilità sanitaria.	Pubblicazione sul sito internet aziendale delle informazioni previste dall'art. 4 della Legge 24/2017.	Pubblicazione delle informazioni previste dall'art. 4 della Legge 24/2017 sul sito internet aziendale entro il 31/3/2027.	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Pubblicazione delle informazioni previste dall'art. 4 della Legge 24/2017 sul sito internet aziendale entro il 31/3/2027.	Vedi Target	
15.1.p	Prevenire e controllare la diffusione delle infezioni correlate all'assistenza	SPIN-UTI: partecipazione delle Terapie Intensive individuate con raccolta e inserimento dei dati nel database secondo le modalità previste.	Partecipazione di almeno una Terapia Intensiva per ciascuna Azienda del SSR con raccolta dei dati nel periodo gennaio–marzo 2027 e nel database secondo le tempistiche comunicate dalla RCS.	ASFO ASUGI ASUFC	Partecipazione di almeno una Terapia Intensiva per ciascuna Azienda del SSR con raccolta dei dati nel periodo gennaio–marzo 2027 e nel database secondo le tempistiche comunicate dalla RCS.		
15.1.q		SNICh2: partecipazione alla sorveglianza delle	Partecipazione alla sorveglianza con	ASFO ASUGI	Partecipazione alla sorveglianza		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		infezioni del sito chirurgico (ISC), secondo il protocollo e trasmissione dei dati alla RCS.	raccolta e trasmissione dei dati nel periodo settembre–novembre 2027.	ASUFC CRO BURLO	con raccolta e trasmissione dei dati nel periodo settembre–novembre 2027.		
15.1.r		PPS: partecipazione all'indagine di prevalenza delle ICA secondo la metodologia ECDC, con raccolta e trasmissione dei dati alla RCS.	Partecipazione all'indagine di prevalenza secondo la metodologia ECDC, con raccolta e trasmissione dei dati nel mese di ottobre 2027.	ASFO ASUGI ASUFC CRO BURLO	Partecipazione all'indagine di prevalenza secondo la metodologia ECDC, con raccolta e trasmissione dei dati nel mese di ottobre 2027.		

15.2 Attività di ricerca e innovazione

15.2.1 Well-being Economy e gestione strategica della salute

Nell'anno 2027 si prosegue nella collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanita (OMS) per l'attuazione del progetto sperimentale triennale "Establishing a Well-being Economy pilot innovation site in Friuli Venezia Giulia for innovation, co-production and knowledge exchange." (Creazione di un innovativo sito pilota sull'Economia del Benessere in Friuli Venezia Giulia per l'innovazione, la co-produzione e lo scambio di conoscenze) approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1706 del 14 novembre 2024.

A fronte di sfide da gestire, legate all'invecchiamento demografico, flussi migratori, fratture sociali, vi è la necessità di evolvere verso un modello basato non più solo sul PIL ma su un'economia del benessere che mette al centro dignità, uguaglianza e ambiente, consentendo a ciascuno di raggiungere il proprio pieno potenziale

La finalità più generale di tale progetto è, pertanto, accogliere la prospettiva della Well-being Economy come chiave di lettura strategica della programmazione. In tale prospettiva, la salute non è considerata esclusivamente come esito dell'assistenza sanitaria, ma come patrimonio collettivo e condizione abilitante dello sviluppo sociale ed economico regionale. Il valore prodotto dal Servizio sanitario regionale deve pertanto essere valutato non soltanto attraverso i volumi di attività, le prestazioni erogate e l'equilibrio economico, ma anche in termini di qualità della vita, autonomia delle persone, equità, coesione sociale, benessere di chi opera nei servizi e capacità delle comunità di prevenire e ad affrontare i bisogni.

La gestione strategica della wellebeing economy deve bilanciare e integrare quattro pilastri, considerando che l'investimento su uno genera co-benefici sugli altri: Capitale Economico (Reddito, lavoro dignitoso, imprese e investimenti); Capitale Umano (Salute fisica e mentale, apprendimento e sviluppo); Capitale Sociale (Coesione, fiducia, partecipazione civica e appartenenza); Capitale Planetario (Sostenibilità, aria/acqua pulita, stabilità climatica e aree verdi).

La programmazione è conseguentemente orientata a integrare prevenzione, cura e promozione del benessere, a privilegiare gli interventi precoci e di prossimità, a contrastare le disuguaglianze e a considerare gli effetti delle decisioni nel medio e lungo periodo, rafforzando la collaborazione tra il Servizio sanitario regionale, gli altri settori regionali, gli enti locali, il Terzo settore e le comunità, nel rispetto delle rispettive competenze.

Il Well-being economy lab del FVG ha, in particolare, tra i suoi obiettivi: attivare reti e gruppi, di diversi settori, che lavorano per obiettivi di salute e sanitari, sociali, culturali ed ambientali, elaborare un profilo di salute e sociale della popolazione FVG; promuovere l'investimento, pubblico e privato, nei 4 tipi di capitale; creare una visione strategica

per un Well-being Economy nel Friuli Venezia Giulia; avviare dei progetti pilota, ritenuti efficaci nel produrre cambiamenti nella salute e benessere della popolazione.

Riassuntivamente si può quindi indicare gli obiettivi del progetto per il Sistema Regionale in quelli di individuare, sviluppare e quantificare nuove modalità per promuovere salute e benessere, protezione sociale, prosperità, inclusione, integrazione del benessere e dell'equità nella salute nei settori pubblico e privato, generando valore per il benessere attraverso tutte le politiche e gli investimenti e favorendo una transizione verso salute e benessere per tutti, nel contesto dell'invecchiamento della popolazione, in particolare con le seguenti azioni:

- accrescere la comprensione del potenziale degli approcci basati sull'economia del benessere;
- condividere conoscenze e buone pratiche per assumere decisioni inform| allo stesso tempo, ispirare e incoraggiare altre regioni e contesti ad accelerare le proprie azioni e capacità di adattamento;
- creare spazi di confronto sulle azioni per il benessere, coinvolgendo comunità, università, imprese, società civile, esperti e gruppi svantaggiati, valorizzando le risorse regionali e gli strumenti OMS sull'economia del benessere;
- integrare l'utilizzo sistematico di dati, evidenze e modelli relativi al benessere, alla salute, agli aspetti sociali, economici e demografici, nonché alla modellizzazione dei bisogni della popolazione, nei processi decisionali riguardanti politiche e investimenti;
- individuare opportunità per mobilitare risorse aggiuntive e orientare gli investimenti verso impatti sostenibili e benefici intersettoriali, all'interno e oltre i confini regionali.

Il Well-being economy lab del FVG ha, in particolare, tra i suoi obiettivi: attivare reti e gruppi, di diversi settori, che lavorano per obiettivi di salute e sanitari, sociali, culturali ed ambientali, elaborare un profilo di salute e sociale della popolazione FVG; promuovere l'investimento, pubblico e privato, nei 4 tipi di capitale,; creare una visione strategica per un well-being economy nel Friuli Venezia Giulia; avviare dei progetti pilota, ritenuti efficace nel produrre cambiamenti nella salute e benessere della popolazione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.2.1.a	Elaborazione del profilo di salute e sociale a supporto del WBE lab FVG in collaborazione con OMS	Dati su profilo socio/sanitario e disuguaglianze di salute di programmata produzione resi disponibili alla DCS	Messa a disposizione della DCS dei dati nella misura del 100%	ARCS	Vedi Target	Vedi Target Elaborazione e monitoraggio	Coordi-namento
15.2.1.b	Organizzazione di un evento regionale rivolto agli operatori socio-sanitari su WBE e prescrizione sociale	evento ECM a carattere regionale	1 evento	ASFO ARCS	1 evento	Vedi Target Elaborazione e monitoraggio	Coordi-namento
15.2.1.c	Predisposizione di una FAD rivolta a operatori socio sanitari su prescrizione sociale (ruolo competenze e strumenti del link worker)	FAD disponibile	corso FAD sulle piattaforme aziendali a partire dall'1.1.2028	ASFO ASUFC ASUGI ARCS	Vedi Target	Vedi Target Elaborazione e monitoraggio	
15.2.1.d	Organizzazione di un evento rivolto ai decisori politici regionali e comunali, attività produttive su Wellbeing economy	Evento regionale	1 evento	ARCS	1 evento	Elaborazione e monitoraggio	Coordi-namento

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.2.1.e	Predisposizione di un piano di attività per l'avvio della prescrizione sociale in FVG	Piano predisposto e trasmesso a DCS e ARCS	Piano predisposto e trasmesso a DCS e ARCS	ASFO	Vedi Target	Monitoraggio	Coordi-namento

15.2.2 Sperimentazione clinica

Al fine di promuovere lo sviluppo e l'omogeneità dei percorsi sul territorio regionale nell'ambito della sperimentazione clinica in coerenza con il nuovo Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria 2026-2028 in fase di adozione, nonché dare seguito al protocollo d'intesa tra la Regione e Farmindustria (DGR 1859/2025) relativo alla realizzazione di progetti di interesse strategico, rivolti alla modernizzazione ed alla crescita della ricerca, dell'attrazione di investimenti e dell'innovazione in un'ottica di appropriatezza dei percorsi di cura, la DCS propone due indicatori di monitoraggio in tema di sperimentazione clinica, in linea con il percorso avviato con Deliberazione di Giunta regionale n. 1441/2026 volto ad una revisione strutturaledell'attuale modello organizzativo dei centri che negli Enti del SSR si occupano di tali attività.

Inoltre, per sostenere lo sviluppo di tali attività nei diversi ambiti della ricerca e, al contempo, consentire alle Aziende sanitarie, comprese quelle caratterizzate da una minore intensità di studi e progetti, di dotarsi di una rete omogenea di strutture con specifiche competenze professionali, è previsto un finanziamento extra-fondo dedicato pari a 750.000,00 euro (si veda quanto esposto nella Tabella 4 - *Finalizzazioni regionali extra-fondo* contenuta al punto 16.2- Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni del Capitolo 16 (LE RISORSE FINANZIARIE). In particolare, al fine di favorire strategie mirate alla crescita professionale di tutte le figure coinvolte nell'ambito della ricerca clinica, alla qualità dei processi e alla formazione continua che consentano lo sviluppo di competenze avanzate ed assicurino l'adozione di modelli di lavoro all'avanguardia, la DCS rende disponibile un nuovo corso di formazione in tema di sperimentazione clinica a partire dai primi mesi del 2027 (si veda, *infra*, alla sezione specifica per la formazione regionale 10-FORMAZIONE CONTINUA ED ECM, quanto contenuto al sottopunto 10.2.5-Sperimentazione clinica del paragrafo 10.2-Iniziative formative regionali strategiche). Inoltre, per rafforzare la qualità del servizio di ricerca, garantendo ai pazienti un accesso precoce a ulteriori opzioni terapeutiche e soluzioni all'avanguardia prima della loro commercializzazione, la DCS monitora il numero di sperimentazioni cliniche avviate dalle strutture di ricerca delle Aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia nel corso del 2027.

cod. ob.	Obiettivo	Risultato atteso	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.2.2.a	Gli Enti che effettuano sperimentazioni cliniche rendicontano il numero di studi profit e no profit avviati nel 2027 specificandone le caratteristiche secondo un format condiviso, al fine di poter popolare un repository a carattere Regionale	Al 31/12/2027 gli Enti che effettuano sperimentazioni cliniche rendicontano il numero di studi (profit e no profit) avviati nel 2027	Inoltro del report sull'andamento delle sperimentazioni cliniche al 31/01/2028	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Inoltro del report al 31/01/2028	Monito-raggio annuale condiviso con DCS	Monito-raggio annuale condiviso con ARCS

15.2.3 Osservatorio regionale per l'innovazione del Servizio sanitario regionale

La Regione promuove l'innovazione quale processo di introduzione, valutazione e diffusione di soluzioni capaci di migliorare la risposta ai bisogni di salute e il funzionamento del Servizio sanitario regionale (SSR). L'innovazione comprende i modelli assistenziali e sociosanitari, i percorsi di prevenzione e cura, l'organizzazione del lavoro, l'integrazione tra servizi, i processi amministrativi e di supporto, le competenze professionali e le modalità di relazione con cittadini e caregiver, oltre alle tecnologie e agli strumenti digitali.

Le iniziative possono riguardare nuove soluzioni oppure l'adattamento e il trasferimento di esperienze già validate in altri contesti. Il loro sviluppo non presuppone l'introduzione di un farmaco o di un dispositivo medico, né comporta necessariamente una sperimentazione clinica. La valutazione dell'innovazione è proporzionata alla natura dell'intervento, al suo grado di maturità e ai rischi e agli effetti attesi sulle persone e sui servizi.

A supporto delle funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento della DCS, è istituito entro il 28 febbraio 2027 l'Osservatorio regionale per l'innovazione del SSR, coordinato dal Servizio Integrazione e Innovazione Tecnologica. L'Osservatorio costituisce la sede permanente di analisi dei fabbisogni, confronto tra gli Enti, condivisione delle esperienze e formulazione di proposte per il governo dell'innovazione. Le priorità e gli indirizzi regionali sono definiti e adottati dalla DCS nell'ambito delle proprie competenze.

Partecipano all'Osservatorio gli Enti del SSR, compresa ARCS, mediante uno o più referenti individuati dalle rispettive Direzioni generali entro il 31 gennaio 2027 in relazione agli ambiti di attività. La partecipazione assicura il coinvolgimento delle competenze assistenziali, organizzative, tecnologiche e gestionali pertinenti, senza richiedere l'istituzione di nuove strutture aziendali. Insiel S.p.A. partecipa per gli aspetti tecnologici e digitali nell'ambito delle funzioni e degli incarichi attribuiti. La DCS può coinvolgere le altre Direzioni centrali, le Università, gli enti di ricerca e ulteriori soggetti pubblici e privati, nonché rappresentanti dei professionisti, dei cittadini e dei caregiver, in relazione ai temi trattati.

L'Osservatorio rileva i bisogni di innovazione, favorisce la conoscenza delle iniziative in corso e individua opportunità di collaborazione e di trasferimento delle soluzioni tra gli Enti. Esamina la rilevanza dei problemi affrontati, le evidenze disponibili, i benefici attesi, la fattibilità, la sostenibilità e le condizioni necessarie per l'adozione nei servizi. Promuove inoltre la condivisione dei risultati, compresi quelli che non confermano i benefici attesi, e il raccordo con le opportunità di finanziamento regionali, nazionali ed europee, avvalendosi, ove utile, dell'Ufficio di collegamento di Bruxelles della Regione.

Le attività dell'Osservatorio sono distinte dai percorsi di governo della ricerca clinica e della sperimentazione richiamati nel precedente punto 15.2.2 (Sperimentazione clinica). L'Osservatorio non svolge le funzioni di gestione degli studi, valutazione etico-scientifica o autorizzazione delle sperimentazioni attribuite ai soggetti competenti. Quando un'iniziativa di innovazione comprende una componente di ricerca o sperimentazione clinica, tale componente è ricondotta ai percorsi dedicati; l'Osservatorio ne considera gli aspetti organizzativi e le condizioni di eventuale trasferimento nei servizi, utilizzando gli esiti delle valutazioni competenti senza duplicarle. La DCS assicura il raccordo tra i referenti dei due ambiti e l'utilizzo delle informazioni già disponibili.

Le proposte dell'Osservatorio non sostituiscono le responsabilità degli Enti né le procedure previste per la valutazione e l'introduzione di tecnologie, la programmazione degli investimenti e gli acquisti. Per le iniziative digitali è assicurato il raccordo con la programmazione regionale e con le funzioni competenti in materia di gestione dei dati, interoperabilità, protezione dei dati personali e sicurezza informatica.

Attività e risultati attesi per il 2027

Nel 2027 l'Osservatorio avvia una ricognizione comune dei fabbisogni e delle iniziative di innovazione del SSR, comprendendo gli interventi organizzativi e assistenziali insieme a quelli tecnologici e digitali. Gli Enti trasmettono entro il 31 marzo i fabbisogni e le proposte prioritari; entro il 31 luglio completano la ricognizione delle iniziative in corso o in fase di avvio, secondo un format definito dalla DCS e utilizzando le rilevazioni già esistenti. La ricognizione non costituisce una nuova autorizzazione all'avvio dei progetti.

Per ciascuna iniziativa sono indicati il bisogno affrontato, i destinatari, il responsabile, lo stato di avanzamento, le risorse e i finanziamenti, i risultati attesi e le modalità di valutazione. Sono inoltre evidenziate le condizioni per l'adozione o il trasferimento ad altri Enti e l'eventuale presenza di componenti di ricerca o sperimentazione clinica, con rinvio ai relativi percorsi.
Entro il 30 aprile la DCS approva il programma annuale delle attività, sulla base della proposta condivisa nella prima seduta dell'Osservatorio. Il programma individua gli ambiti prioritari in coerenza con le linee strategiche regionali e definisce le attività di approfondimento e il calendario dei lavori.
Entro il 30 novembre l'Osservatorio predispone e trasmette alla DCS il Quadro regionale dell'innovazione sanitaria. Il documento contiene la ricognizione delle iniziative e dei fabbisogni, la valutazione delle priorità e le proposte motivate di sviluppo, trasferimento o ulteriore approfondimento. Per le proposte prioritarie sono esplicitati risultati attesi, soggetti coinvolti, fabbisogni di risorse e condizioni di sostenibilità. Il Quadro supporta le successive decisioni di programmazione e non determina automaticamente l'approvazione o il finanziamento dei progetti.

Obiettivi degli Enti del SSR

Cod. ob.	Obiettivo e risultato atteso	Target e scadenza	Enti interessati
15.2.3.a	Assicurare la partecipazione all'Osservatorio mediante referenti coerenti con gli ambiti di attività.	Comunicazione alla DCS dei nominativi e delle competenze rappresentate entro il 31/01/2027.	ASFO, ASUFC, ASUGI, ARCS, BURLO, CRO
15.2.3.b	Contribuire alla definizione delle priorità e del programma annuale dell'Osservatorio.	Trasmissione alla DCS dei fabbisogni e delle proposte prioritari, secondo format condiviso, entro il 31/03/2027.	ASFO, ASUFC, ASUGI, ARCS, BURLO, CRO
15.2.3.c	Completare la ricognizione delle iniziative di innovazione organizzativa, assistenziale, tecnologica e digitale in corso o in fase di avvio.	Trasmissione alla DCS delle schede compilate nei campi applicabili e validate dalla Direzione aziendale entro il 31/07/2027.	ASFO, ASUFC, ASUGI, ARCS, BURLO, CRO

ARCS contribuisce alla ricognizione per le attività di propria competenza e, su indirizzo della DCS, supporta gli Enti nell'omogeneità della raccolta e nel consolidamento delle informazioni. La DCS definisce e trasmette i format in tempo utile rispetto alle scadenze, coordina le attività e verifica il completamento dei risultati attesi.

Adempimenti regionali

Risultato atteso	Competenza	Scadenza
Istituzione dell'Osservatorio e definizione delle modalità di funzionamento.	DCS	28/02/2027
Prima seduta dell'Osservatorio e approvazione del programma annuale da parte della DCS.	DCS, con il contributo dell'Osservatorio	30/04/2027
Predisposizione e trasmissione alla DCS del Quadro regionale dell'innovazione sanitaria.	Osservatorio, coordinato dal Servizio Integrazione e Innovazione Tecnologica	30/11/2027

15.3 Accordi con il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco

ARCS e gli altri Enti del S.S.R. garantiscono alla Regione il contributo operativo e specialistico necessario all'attuazione degli accordi in vigore tra il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Farmaco e la Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia nel settore dei dispositivi medici e nel programma dell'unione europea 'Eu4health Programme' sulla linea di attività per il mantenimento della nomenclatura europea EMDN, prevista dal contributo europeo "*HS-g-25-23"Direct grants to Member States' authorities for supporting the maintenance of the European Medical Device Nomenclature*".

15.4 Accreditamento

La Regione continuerà la partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli Organismi Tecnicamente Accreditanti (OTA), come previsto dal Ministero della Salute, quale presupposto di garanzia della qualità delle cure. L'operato degli OTA è infatti disciplinato da specifici requisiti normativi ministeriali, discendenti dall'attuazione delle Intese Stato Regioni del 20 dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015 in materia di Disciplinare tecnico sulla revisione della normativa dell'accreditamento, nonché dall'applicazione del DM 30 maggio 2017 e relativa istituzione del Tavolo nazionale accreditamento con il coinvolgimento di rappresentanti del Ministero, delle Regioni e di Agenas. La conformità a detti requisiti nazionali è valutata periodicamente attraverso l'effettuazione di specifici audit da parte di auditor/valutatori nazionali appositamente formati. Tale attività coinvolge sia i componenti della struttura Organismo Tecnicamente Accreditante dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) che gli uffici di pertinenza della Direzione Centrale Salute.
La Conferenza dei referenti dell'accreditamento degli enti del SSR ha funzioni consultive rispetto alle attività programmate dall'OTA e dalla DCS.
Le articolazioni della Direzione Centrale Salute preposte alla gestione del procedimento continueranno a programmare le relative attività, in collaborazione con l'OTA.
In particolare, saranno finalizzate le attività inerenti all'emanazione di nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento qualora previsto dalla normativa vigente, tra cui:

- i requisiti per le attività di cura dei disturbi del comportamento alimentare dei soggetti pediatrici, svolte presso le sedi territoriali delle Aziende sanitarie;
- i requisiti per le cure palliative non domiciliari, rivolte sia ai pazienti in età pediatrica che in età adulta, i cui lavori hanno avuto inizio nel 2025, e, contestualmente, la ridefinizione e aggiornamento dei requisiti degli Hospice di cui alla D.G.R. 650/2013.

nonché la ridefinizione e l'aggiornamento dei requisiti esistenti, tra cui:

- i requisiti per le attività di medicina di laboratorio e i centri prelievo, di cui alla DGR n. 3586/2004 (autorizzazione) e alla D.G.R. n. 1705/2005 (accreditamento);
- i requisiti per le attività di diagnostica per immagini di cui alla DGR n. 3586/2004 (autorizzazione) e alla D.G.R. n. 1705/2005 (accreditamento);
- i requisiti per le Residenze Sanitarie Assistenziali di cui alla D.G.R. 817/2016.

In aggiunta, l'OTA e la Direzione centrale salute continueranno le attività finalizzate all'attivazione dei procedimenti per:

- il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei Programmi Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), iniziate nel 2025, come previsto dalla normativa nazionale e del Regolamento emanato con D.P.Reg. n 50/2024;
- il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei Centri di Medicina trasfusionale, su base biennale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dal Regolamento emanato con D.P.Reg. n 50/2024; la

durata del provvedimento di autorizzazione e di accreditamento è di quattro anni, mentre con cadenza biennale sono previsti audit di controllo;

- il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita di I, II e III livello, anch'esso su base biennale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dal Regolamento emanato con D.P.Reg. n. 1/2025;
- il rilascio dell'accreditamento definitivo per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, ai sensi del Regolamento emanato con D.P.Reg. n. 107/2022, iniziate nel 2025;
- il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento degli ospedali di comunità ai sensi del del Regolamento emanato con D.P.Reg. n. 91/2025;
- il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle case di comunità ai sensi del del Regolamento emanato con D.P.Reg. n. 33/2026.

L'OTA, in collaborazione con la Direzione centrale salute, continuerà le sinergie avviate nel 2025 con:

- la Rete delle Cure Sicure per sensibilizzare le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private verso i temi inerenti al governo del rischio clinico, con particolare attenzione al contenimento del rischio infettivo;
- i Dipartimenti di Prevenzione, al fine di allineare i procedimenti di autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie private di pertinenza, con quelli di accreditamento.

Agli enti del SSR è richiesta la partecipazione attiva al programma di autorizzazione e/o accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private della Regione FVG, gestito dall'OTA e dalla Direzione Centrale Salute, attraverso:

- campagne di reclutamento di nuovi candidati valutatori regionali, sulla base di criteri prestabiliti;
- individuazione di professionisti con competenze specifiche, quando richiesto dagli organismi tecnico-scientifici dell'Istituto Superiore della Sanità (CNT, CNS) e/o da AGENAS, da avviare al ruolo di valutatore esperto nelle discipline di pertinenza, soggette a normativa specifica;
- la messa a disposizione dei professionisti già presenti nell'Elenco dei valutatori regionali;
- la messa a disposizione dei professionisti già presenti negli Elenchi nazionali dei valutatori esperti nelle discipline specifiche che lo prevedono (PMA, sistemi trasfusionali), e/o individuati per partecipare a specifici percorsi di formazione (programmi di trapianto di cellule staminali emopoietiche, reti oncologiche) indetti dagli organismi tecnico-scientifici nazionali (CNT, CNS, AGENAS);
- la messa a diposizione dei referenti designati dalle aziende quali componenti della Conferenza dei Referenti per la qualità e l'accreditamento.

Le attività quale valutatore per l'autorizzazione e/ l'accreditamento, svolta in orario di servizio, riguarda i dipendenti che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il percorso per ottenere la qualifica di valutatore regionale e/o per essere inseriti negli Elenchi nazionali dei valutatori esperti nelle discipline supervisionate dagli organismi tecnico-scientifici dell'Istituto Superiore della Sanità (CNT, CNS).

I professionisti candidati al ruolo di valutatore regionale frequentano i "corsi di base" previsti per l'introduzione al percorso di valutatore regionale ed effettuano formazione sul campo partecipando a verifiche di autorizzazione e/o di accreditamento istituzionali ricoprendo il ruolo di osservatore.

I professionisti già presenti nell' "Elenco dei valutatori regionali" partecipano:

- alle verifiche di autorizzazione e/o accreditamento in base alle competenze richieste e al ruolo acquisito (coordinatore, valutatore, osservatore) per almeno 7 giornate, quando richiesto dall'OTA, in sinergia con la Direzione centrale salute;
- alla formazione specifica e/o avanzata organizzata dall'OTA su requisiti applicabili e/o su temi specifici.

I professionisti candidati al ruolo di valutatore esperto nelle discipline supervisionate dagli organismi tecnico-scientifici dell'Istituto Superiore della Sanità (CNT, CNS), sulla base della normativa applicabile (Valutatori dei Centri PMA: DMS 31 luglio 2015 e Rep. Atti n. 58/CSR 25 marzo 2015; Valutatori per il Sistema Trasfusionale

italiano: DMS 26 maggio 2011, parzialmente modificato dal DMS 5 novembre 2021) frequentano i corsi di formazione nazionali erogati da detti organismi e la successiva formazione sul campo al fine di essere inseriti negli Elenchi nazionali di pertinenza (Elenco nazionale dei valutatori addetti alle visite di verifica dei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA) ed Elenco nazionale dei Valutatori per il Sistema Trasfusionale Italiano – VSTI).
I professionisti già presenti negli "Elenchi nazionali" dei valutatori esperti nelle discipline supervisionate dagli organismi tecnico-scientifici dell'Istituto Superiore della Sanità (CNT, CNS), al fine di mantenersi in elenco, partecipano:

- alle verifiche di autorizzazione e accreditamento istituzionali delle discipline di pertinenza, svolte congiuntamente agli enti nazionali di sorveglianza (CNT, CNS) in base al ruolo acquisito (coordinatore, valutatore, osservatore) per le giornate minime richieste dalla normativa nazionale applicabile in tema di mantenimento delle competenze;
- alla formazione specifica e/o avanzata organizzata dal Centro Nazionale Trapianti e/o Centro Nazionale Sangue nella materia di pertinenza;
- alle verifiche di autorizzazione e/o accreditamento istituzionali delle discipline di pertinenza in altre regioni italiane, su specifica e formale richiesta da parte degli enti ministeriali.

I professionisti designati dagli Enti del SSR quali componenti o loro delegati della Conferenza dei Referenti per la qualità e l'accreditamento partecipano agli incontri informativi previsti dall'OTA.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Partecipazione attiva al programma nazionale di accreditamento degli Organismi Tecnicamente Accreditanti regionali						
15.4.a	Conformità dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) del FVG ai requisiti nazionali (DM 30 maggio 2017; Tavolo nazionale accreditamento del Ministero, Regioni e Agenas)	Check list ministeriale compilata e conforme.	L'OTA del FVG è conforme ai requisiti ministeriali applicabili	/	Stesura/ aggiornamento documentazione del Sistema di Gestione della Qualità dell'OTA; autovalutazione con individuazione degli scostamenti dai requisiti applicabili e azioni di miglioramento.	Collaborazione con OTA sui temi di pertinenza.
Partecipazione attiva al programma di autorizzazione e/o accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private della Regione FVG						
15.4.b	Requisiti di autorizzazione e accreditamento: Stesura di nuovi pannelli di requisiti in base alla normativa vigente	Evidenza degli incontri/ lavori per la stesura dei nuovi requisiti richiesti dalle norme vigenti; evidenza della lista delle evidenze; emanazione degli atti di recepimento dei nuovi requisiti.	Recepimento normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento per le discipline oggetto di norme specifiche	Individuazione di professionisti con competenze specifiche da inserire nei tavoli di lavoro per la stesura dei requisiti e delle liste delle evidenze; compilazione delle domande di autorizzazione e/o accreditamento per le discipline oggetto dei nuovi requisiti	Coordinamento dei tavoli di lavoro per la stesura dei nuovi requisiti e relative liste delle evidenze; stesura dei nuovi pannelli da caricare nel sistema informatico SAOSS.	Assegnazione delle priorità per la stesura dei requisiti; collaborazione alla stesura degli stessi; emanazione degli atti di recepimento.
15.4.c	Campagna di reclutamento di nuovi candidati	Evidenza di avvenuta campagna di reclutamento entro	Numero congruo di candidati valutatori con i profili	Gli enti del SSR, attraverso il Responsabile	Individuazione dei profili professionali necessari e dei	Reclutamento dei propri candidati valutatori su base

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	valutatori regionali, sulla base di criteri prestabiliti	marzo 2027 per i profili richiesti (≥80%)	professionali necessari/ richiesti	Qualità aziendale, avviano entro marzo, una campagna per reclutare i profili professionali richiesti in base ai criteri tramessi dall'OTA, su base volontaria.	criteri di reclutamento; recepimento delle liste dei nuovi candidati valutatori regionali, in sinergia con DCS; aggiornamento degli elenchi e loro pubblicazione sul sito web.	volontaria.
15.4.d	Formazione di base e avviamento dei candidati al ruolo di valutatore regionale per l'autorizzazione e/o l'accreditamento (requisito Agenas)	Attestato di partecipazione dell'80% dei candidati valutatori regionali al Corso Base di 1 giornata (≥80%) e relativa formazione sul campo (partecipazione ai sopralluoghi nel ruolo di osservatore)	Omogeneità delle valutazioni	Gli enti del SSR autorizzano la partecipazione dell'80% dei propri candidati valutatori al "Corso base" (obbligatorio) e alla formazione sul campo (sopralluoghi), nel ruolo di "osservatori" fino al raggiungimento dello status di valutatore e per almeno 7 gg/ anno per ogni professionista)	Organizzazione di almeno 1 edizione del Corso Base per i candidati valutatori regionali e docenza su tutti gli aspetti dell'istruttoria tecnica con la partecipazione del 100% dei suoi componenti. Supporto del Provider ECM.	Docenza per il Corso Base in materia di normativa applicabile e di utilizzo del gestionale SAOSS
15.4.e	Formazione avanzata per valutatori, coordinatori e componenti OTA (requisito Agenas)	Attestato di partecipazione dell'80% dei coordinatori di visita e del 50% dei valutatori ai corsi avanzati organizzati dall'OTA (in presenza di posti disponibili).	Sviluppo e/o consolidamento delle competenze dei valutatori regionali e dei componenti OTA; conformità ai requisiti ministeriali in materia di formazione sui temi dell'accreditamento.	Gli enti del SSR autorizzano l'80% dei loro coordinatori di visita e il 50% dei loro valutatori a partecipare ai Corsi di formazione avanzata organizzati dall'OTA (qualora erogati).	L'OTA organizza almeno 1 corso di formazione avanzata all'anno, sugli aspetti tecnici, normativi, clinici che impattano sull'autorizzazione e/o l'accreditamento e assicura la partecipazione del 100% dei propri componenti.	La DCS partecipa ai corsi con i propri valutatori, se disponibili e con i propri professionisti, se interessati.
15.4.f	Istruttoria tecnica per l'autorizzazione e/o l'accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private accreditate del FVG	Evidenza della effettiva presenza (n. ore/ gg) di ogni professionista ai sopralluoghi gestiti dall'OTA; evidenza della presenza del 100% dei valutatori esperti regionali presenti negli Elenchi nazionali (es. PMA, medicina trasfusionale, …) alle verifiche	Espletamento istruttorie tecniche; acquisizione e/o mantenimento delle competenze dei valutatori regionali e/o di quelli presenti negli Elenchi nazionali, al fine della loro permanenza in elenco	Gli enti del SSR autorizzano i propri dipendenti presenti nell'Elenco dei valutatori regionali e/o negli Elenchi nazionali a partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate annue/ professionista, a copertura di tutti i ruoli previsti,	Gestione e coordinamento dell'istruttoria tecnica, anche attraverso l'uso di SAOSS e l'nterlocuzione, mediata dalla DCS, con gli ispettori ministeriali; identificazione, in sinergia con DCS, dei componenti dei Gruppi di Verifica, in	Recepimento delle esigenze dettate dagli enti di sorveglianza nazionale e loro trasferimento all'OTA; organizzazione, in sinergia con l'OTA, dei gruppi di verifica; rendicontazione del percorso del singolo valutatore con computo

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		obbligatorie svolte congiuntamente agli enti di sorveglianza nazionale (es. organismi tecnico-scientifici dell'ISS come CNT, CNS, AGENAS) e/o europea (es. European Society for Blood and Marrow Transplantation)		secondo le indicazioni dell'OTA e/o degli enti nazionali di sorveglianza, garantendo una presenza individuale ≥ 75% della durata del sopralluogo, se esteso su più giornate o del 100%, se ridotto a un'unica giornata.	base ai ruoli necessari in funzione della normativa, tipologia e complessità della struttura sanitaria da verificare, con l'inserimento di candidati valutatori in formazione, valutatori regionali, valutatori esperti presenti negli Elenchi nazionali di pertinenza, coordinatori ed esperti, qualora richiesto; organizzazione dei tempi e della logistica dei sopralluoghi; ratifica dei pareri dei Gruppi di verifica.	dell'impegno effettivo (n. ore/ gg); gestione dei profili dei singoli professionisti valutatori attraverso gestionale SAOSS; stesura ed emanazione dei decreti di acquisizione o rinnovo autorizzazione e/o accreditamento
15.4.g	Istruttoria tecnica per l'autorizzazione e/o l'accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private accreditate del FVG in conformità ai requisiti applicabili a discipline NON specificatamente normate e utilizzo delle risorse	Evidenza effettiva della % di presenza e del numero di giornate di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione del ruolo e della richiesta in relazione alle richieste dell'OTA e della DCS;	Rilascio o rinnovo dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento, per le discipline a cui esso è applicabile, delle strutture sociosanitarie pubbliche e private accreditate del FVG, nel rispetto delle scadenze e in linea con la programmazione regionale	Gli enti del SSR autorizzano i propri dipendenti presenti nell'Elenco dei valutatori regionali a partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate annue/ professionista, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni dell'OTA e della Direzione centrale salute, garantendo una presenza individuale di almeno il 75% della durata del sopralluogo, se esteso su più giornate o del 100%, se ridotto a un'unica giornata.	Gestione e coordinamento dell'istruttoria tecnica, anche attraverso l'uso di SAOSS; identificazione, in sinergia con DCS, dei componenti dei Gruppi di Verifica, in base ai ruoli necessari in funzione della tipologia e complessità della struttura sanitaria da verificare, con l'inserimento di candidati valutatori in formazione, valutatori, coordinatori ed esperti, qualora richiesto; organizzazione dei tempi e della logistica dei sopralluoghi; ratifica dei pareri dei Gruppi di verifica.	Organizzazione, in sinergia con l'OTA, dei gruppi di verifica; rendicontazione del percorso del singolo valutatore con computo dell'impegno effettivo (nr. di giornate e % di presenza garantita); gestione dei profili dei singoli professionisti valutatori attraverso gestionale SAOSS; stesura ed emanazione dei decreti di acquisizione o rinnovo dell'autorizzazione e /o dell'accreditamento

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.4.h	Incontri con gli stakeholders e con i componenti della Conferenza dei Referenti per la qualità e l'accreditamento delle aziende del SSR	Evidenza ≥1 incontro annuo con gli stakeholders, titolari o delegati delle strutture sociosanitarie oggetto delle visite di autorizzazione e/o accreditamento; evidenza di almeno 4 incontri con i componenti della Conferenza dei Referenti per la qualità e l'accreditamento delle aziende del SSR	Allineamento tra verificatori e valutati sui requisiti di autorizzazione e/o accreditamento; recepimento delle esigenze delle aziende oggetto dell'istruttoria tecnica.	Gli enti del SSR autorizzano i componenti della Conferenza dei Referenti per la qualità e l'accreditamento o loro delegati e/o altri professionisti interessati, a partecipare agli incontri organizzati dall'OTA in merito alla corretta interpretazione del processo e dei requisiti applicabili	Organizzazione degli incontri, in sinergia con DCS; docenza.	Organizzazione degli incontri, in sinergia con OTA; docenza.

15.4.1 Promozione dell'accreditamento dei Laboratori medici alla norma UNI EN ISO 15189

Nel 2027 continueranno i lavori per promuovere l'accreditamento dei laboratori medici degli enti del SSR ai sensi della norma ISO 15189:2022, recepita in Italia come UNI EN ISO 15189:2024, al fine di rafforzare il sistema sanitario regionale e garantire l'eccellenza dei servizi diagnostici.

La norma stabilisce requisiti stringenti in termini di gestione della qualità, competenza tecnica, adeguatezza delle strutture e delle attrezzature, validazione e verifica dei metodi analitici, gestione del rischio e miglioramento continuo, per tutte le attività preanalitiche, analitiche e post-analitiche, compresi i test POCT (Point-of-Care Testing).

Nel 2027 verranno finalizzati i lavori per l'accreditamento di alcuni test *in house* (o *Laboratory Developed Tests* – LDTs), ovvero saggi diagnostici sviluppati e utilizzati all'interno di uno specifico laboratorio di un'istituzione sanitaria e/o test commerciali CE-IVD usati con modifiche rispetto alle indicazioni del produttore (es. modifica del campo di applicazione, della natura del campione, dei rapporti di diluizione dei reagenti, dei tempi di processazione, della strumentazione), in conformità a quanto disciplinato all'Art. 5, comma 5 del Regolamento Europeo IVDR (UE 2017/746).

A tal fine il Gruppo di Lavoro, già costituito nel 2026, continuerà a riunirsi per ottenere supporto, allineare intenti e attività, condividere l'adozione di processi/metodiche e strategie, e sanare gli scostamenti dai requisiti; parallelamente, saranno erogati eventi formativi dedicati, pensati per accompagnare gli enti del SSR a finalizzare il percorso di accreditamento.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Attività propedeutiche al percorso di accreditamento alla norma UNI EN ISO 15189 da parte dei Laboratori medici degli enti del SSR							
15.4.1.a	Incontri del gruppo di lavoro interaziendale	Evidenza dell'organizzazione e di almeno 4 incontri sul percorso di	Allineamento dei percorsi di accreditamento alla norma UNI EN ISO 15189	ASFO ASUFC	Gli enti del SSR autorizzano la partecipazione dei propri referenti del GdL interaziendale	Organizzazione di almeno 4 incontri annui con i referenti del GdL	Organizzazione degli incontri, in sinergia con OTA.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		accreditamento alla norma UNI EN ISO 15189; evidenza della partecipazione dei referenti e/o delegati al 75% degli incontri	da parte dei Laboratori medici degli enti del SSR	ASUGI BURLO CRO	(e/o delegati e/o altri professionisti interessati) per almeno il 75% degli incontri previsti per il percorso di accreditamento alla norma UNI EN ISO 15189.	interaziendale, in sinergia con DCS.	
15.4.1.b	Formazione avanzata per personale di laboratorio e/o strutture di supporto, valutatori/ coordinatori e componenti OTA	Evidenza dell'organizzazione di almeno 2 eventi di formazione avanzata sulla norma UNI EN ISO 15189; evidenza della partecipazione (attestato) dei professionisti previsti ai corsi avanzati sulla norma UNI EN ISO 15189 organizzati dall'OTA	Formazione avanzata sulla norma UNI EN ISO 15189 al fine dello sviluppo e/o consolidamento delle competenze e della finalizzazione del percorso di accreditamento.	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Gli enti del SSR autorizzano la partecipazione agli eventi di foirmazione avanzata sul percorso di accreditamento in base ai posti disponibili - 80% dirigenti e 60% personale tecnico dei laboratori medici con LDT; - ≥1 referente acquisto/gestione IVDR; - ≥1 Dirigente Direzione medica - ≥1 referente Direzione delle Professioni sanitarie; - Risk Manager e/o Responsabile. Qualità azienda; - 50% propri valutatori regionali con competenze inerenti le attività di laboratorio medico.	L'OTA organizza almeno 2 giornate di formazione avanzata all'anno, sugli aspetti specifici della norma UNI EN ISO 15189 e assicura la partecipazione del 50% dei propri componenti. Il Provider ECM di ARCS include i 2 eventi formativi nel proprio budget e ne supporta l'organizzazione	La DCS partecipa ai corsi con i propri valutatori, se disponibili e con i propri professio-nisti, se interessati.
Partecipazione attiva al percorso di accreditamento alla norma UNI EN ISO 15189 da parte dei Laboratori medici degli enti del SSR							
15.4.1.c	Percorso di accredita-mento	Evidenza della domanda di accreditamento per almeno 1 test LDT/ente del SSR da sottoporre ad accreditamento	Conformità dei test LDT utilizzati dai Laboratori medici degli enti del SSR all'art. 5, comma 5 del Regolamento Europeo IVDR (UE 2017/746).	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO	Gli enti del SSR: - identificano ≥1 test LDT per il quale richiedere l'accreditamento e la relativa modalità (campo fisso o flessibile); - effettuano le relative convalide (validazioni) e azioni di risoluzione degli scostamenti dai requisiti	Supporto metodologico agli enti del SSR	

15.5 Sanità penitenziaria

15.5.1 Sviluppo dell'assistenza e vigilanza sul possesso dei requisiti richiesti per la gestione delle attività

Nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della Regione, assume carattere prioritario il progressivo superamento delle attuali modalità di gestione cartacea della documentazione sanitaria, al fine di migliorare la tracciabilità delle attività cliniche e garantire una più efficiente gestione dei processi sanitari. A tal fine, nel corso del 2027 sarà avviato il percorso finalizzato all'implementazione di una cartella clinica informatizzata dedicata alla sanità penitenziaria, subordinatamente alla messa a disposizione da parte di Insiel della soluzione informatica individuata.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.5.1.a	Avviare il percorso di informatizzazione della documentazione relativa all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari, con individuazione della soluzione informatica.	Partecipazione dei referenti aziendali agli incontri per la individuazione della soluzione informatica	Partecipazione agli incontri attestata da DCS	ASFO	Partecipazione agli incontri attestata da DCS		Monitoraggio
				ASUFC	Partecipazione agli incontri attestata da DCS		
				ASUGI	Partecipazione agli incontri attestata da DCS		
15.5.1.b	Realizzazione di almeno un evento formativo congiunto tra personale sanitario e personale penitenziario per la prevenzione del rischio suicidario e autolesivo e fronteggiamento del disagio psichico (DGR 112/2025)	Eventi formativi congiunti realizzati in ogni Istituto Penitenziario (I..P.) dell'ambito territoriale aziendale	Evento realizzato in ogni I.P.	ASFO	Almeno 1 evento realizzato (IP PN)		Monitoraggio
				ASUFC	Almeno 2 eventi realizzati (IP UD e Tolmezzo)		
				ASUGI	Almeno 2 eventi realizzati (IP GO e TS)		
15.5.1.c	Le Aziende sanitarie applicano il modello organizzativo per l'assistenza sanitaria negli IIPP previsto dalla Delibera di Giunta regionale n. 1849/2025.	I requisiti minimi organizzativi previsti dal modello di programmazione sanitaria di cui alla Delibera di Giunta regionale n. 1849/2025 sono rispettati per ogni Istituto penitenziario (I.P.) dell'ambito territoriale aziendale, come attestato da monitoraggi semestrali inviati formalmente alla DCS dalle Aziende	requisiti minimi organizzativi rispettati per ogni I.P. con report di monitoraggio inviati alla DCS	ASFO	2 monitoraggi semestrali conformi per IP PN		Monitoraggio
				ASUFC	2 monitoraggi semestrali conformi per ciascun I.P. (UD e Tolmezzo)		
				ASUGI	2 monitoraggi semestrali confomi per ciascun I.P. (GO e TS)		

15.6 Attività centralizzate ARCS

15.6.1 Concorsi centralizzati

Nell'ambito delle attività amministrative centralizzate previste dall'art.4 della LR 27/2018 l'ARCS assicura le procedure concorsuali relative a tutti i profili del comparto.

In particolare, entro il 31.7.2027 saranno concluse, con l'approvazione della graduatoria di merito, le procedure concorsuali relative ai seguenti profili professionali:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.1.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sanitario	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.6.1.b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.6.1.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.6.1.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.1.e	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di radiologia medica	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.6.1.f	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Operatore sociosanitario	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.6.1.g	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente amministrativo	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
15.6.1.h	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere pediatrico	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.07.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.07.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

Entro il 31.12.2027 sarà conclusa, con l'approvazione della graduatoria di merito, la procedura concorsuale relativa al seguente profilo professionale:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.1.i	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito	Entro il 31.12.2027	ARCS	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2027	Vedi target	
				ASFO	rilascio fabbisogni e individuazione membri di commissione nei termini richiesti da ARCS		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

15.6.2 Acquisti centralizzati

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Aziende	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.2.a	Procedure di acquisizione di vaccini e/o farmaci per immunizzazione passiva nel rispetto delle tempistiche	Indizione delle procedure ordinarie: 40 giorni dalla richiesta di indizione delle procedure Indizione delle procedure urgenti: 30 giorni dalla richiesta	100%	ARCS	100%	Vedi target	Coordi-namento
15.6.2.b	Garantire la partecipazione dei dipendenti individuati quali componenti dei gruppi tecnici ai lavori programmati da ARCS con cadenza tendenzialmente bisettimanale, assicurando la continuità delle attività e il regolare svolgimento delle sedute	Partecipazione ad almeno il 90% degli incontri calendarizzati da ARCS per i gruppi tecnici	>= 90%	ASFO	>= 90%	Monito-raggio	
				ASUFC	>= 90%		
				ASUGI	>= 90%		
				BURLO	>= 90%		
				CRO	>= 90%		
15.6.2.c	Garantire la disponibilità dei dipendenti individuati quali componenti delle commissioni giudicatrici ai lavori programmati da ARCS con cadenza tendenzialmente bisettimanale, assicurando la continuità delle attività e il regolare svolgimento delle sedute	Disponibilità ad almeno il 90% degli incontri calendarizzati da ARCS per le commissioni giudicatrici	>= 90%	ASUFC	>= 90%		
				ASUGI	>= 90%		
				BURLO	>= 90%		
				CRO	>= 90%		

15.6.3 Procedure gestione centralizzata farmaci

Nel corso del 2027 si procederà alla revisione della Procedura Regionale per la Gestione degli Antidoti, redatta nel 2023, ai fini del consolidamento del modello regionale di gestione delle scorte antidotiche attraverso la revisione periodica della procedura regionale, la rivalutazione delle dotazioni antidotiche regionali e il rafforzamento delle attività del Tavolo Regionale Antidoti coordinato da ARCS.

L'obiettivo è finalizzato a garantire uniformità organizzativa regionale, appropriatezza delle dotazioni antidotiche, tempestività di accesso agli antidoti salvavita, sostenibilità delle scorte regionali e aggiornamento continuo degli aspetti clinici, organizzativi e logistici correlati all'utilizzo degli antidoti nel Servizio Sanitario Regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Aziende	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.3.a	Revisione e consolidamento del modello regionale di gestione degli antidoti	aggiornamento della Procedura Regionale Gestione Antidoti	entro 31.12.2027	ASFO	Partecipazione alle attività e recepimento modifiche organizzative concordate	Coordinamento attività	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
				ARCS	entro 31.12.2027		
15.6.3.b	revisione delle dotazioni antidotiche regionali con definizione del modello HUB (Magazzino Centralizzato ARCS) e SPOKE (Enti SSR)	aggiornamento dell'elenco e delle dotazioni antidotiche regionali HUB/SPOKE	entro 31.12.2027	ASFO	Partecipazione alle attività e recepimento modifiche organizzative concordate	Coordinamento attività	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
				ARCS	entro 31.12.2027		
15.6.3.c	consolidamento dell'attività del Tavolo Regionale Antidot	svolgimento di almeno 3 incontri del Tavolo Regionale Antidoti	Almeno 3 incontri del tavolo regionale antidoti	ARCS	entro 31.12.2027	Vedi target	
15.6.3.d	consolidamento dell'attività del Tavolo Regionale Antidot	predisposizione di un report annuale regionale	1 report	ARCS	entro 31.12.2027	Vedi target	

A seguito della conclusione del progetto per l'elaborazione della proposta di richiesta unica regionale delle immunoglobuline polivalenti prevista entro l'anno 2026, si ritiene opportuno mantenere attivo il gruppo di lavoro regionale multiprofessionale quale sede di confronto e coordinamento tra Farmacisti e Medici Trasfusionisti degli Enti del SSR. Il gruppo supporterà inoltre le attività necessarie alla predisposizione e alla successiva implementazione del modulo regionale prescrittivo delle immunoglobuline PSM, favorendo l'uniformità degli approcci organizzativi e prescrittivi sul territorio regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Aziende	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.3.e	Consolidare il gruppo di lavoro regionale sulle immunoglobuline quale organismo permanente di confronto e coordinamento tra gli Enti del SSR e supportare la definizione del modulo regionale prescrittivo PSM.	Predisposizione della proposta dei contenuti clinico-organizzativi del modulo regionale prescrittivo delle immunoglobuline PSM	entro 30.09.2027	ASFO	Partecipazione al gruppo di lavoro e contributo alla definizione condivisa dei contenuti del modulo regionale prescrittivo.	Coordina-mento del gruppo di lavoro regionale multipro-fessionale	
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
				ARCS	entro 30.09.2027		

15.6.4 Servizio di ristorazione

Il lotto unico in cui è articolato il servizio esternalizzato di ristorazione ospedaliera e territoriale impone lo sviluppo di strumenti coordinati per il monitoraggio qualitativo.

In tale ambito nel corso del 2027, ARCS definisce le funzionalità degli strumenti operativi (software e istruzioni operative) che sono utilizzati da tutti gli Enti ed elabora gli esiti del monitoraggio condividendoli con gli Enti e gli operatori economici interessati.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Aziende	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.4.a	Implementare gli strumenti operativi (software e istruzioni operative per il loro utilizzo) per: - rilevazione e gestione delle non conformità del servizio rilevate dagli utilizzatori - monitoraggio qualitativo del servizio mediante l'applicazione di check list standardizzate a livello regionale	Implementare il portale delle segnalazioni	entro 31.12.2027	ASFO	entro 31.12.2027		
				ASUFC	entro 31.12.2027		
				ASUGI	entro 31.12.2027		
				BURLO	entro 31.12.2027		
				CRO	entro 31.12.2027		
15.6.4.b		Implementare il software a supporto del controllo e monitoraggio del servizio	entro 31.12.2027	ASFO	entro 31.12.2027		
				ASUFC	entro 31.12.2027		
				ASUGI	entro 31.12.2027		
				BURLO	entro 31.12.2027		
				CRO	entro 31.12.2027		
15.6.4.c		Realizzare almeno 1 report di condivisione degli esiti	entro 31.1.2028 report 2027	ARCS	entro 31.1.2028		

15.6.5 Attività di comunicazione per il Servizio sanitario regionale

Nell'ambito delle funzioni di coordinamento attribuite all'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) rientra la programmazione, il coordinamento e la realizzazione delle attività di comunicazione istituzionale del Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia.

Tra gli obiettivi prioritari per l'anno 2027, rientrano la promozione della prevenzione, la diffusione di corretti stili di vita, la valorizzazione delle reti cliniche regionali, la conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari, nonché il contrasto ai fenomeni di disinformazione e misinformazione in ambito sanitario, anche attraverso iniziative coordinate con le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale.

Verranno inoltre progettate e realizzate delle campagne di comunicazione istituzionale a supporto delle politiche regionali di salute, con particolare riferimento alla promozione della prevenzione, alla diffusione dell'approccio One Health, alla valorizzazione delle progettualità regionali, nazionali ed europee e al perseguimento degli obiettivi indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale. Tali campagne potranno essere veicolate su TV, radio, quotidiani, anche grazie alla produzione di strumenti multimediali (filmati, videoanimazioni, 3D, ecc.) dedicati a temi specifici relativi alla salute, alla prevenzione e alla digitalizzazione della medicina, con la possibilità di veicolare quanto prodotto anche sulle piattaforme di comunicazione sociale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.5.a	Attivazione di campagne di informazione rivolte alla cittadinanza dedicate alle priorità di salute pubblica	Campagne di informazione mirate a: 1. Salute ambientale e approccio One Health, compresi gli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute, i corretti comportamenti durante le ondate di calore, il contrasto all'antibiotico-resistenza. 2. Salute mentale e benessere psicologico 3. Donazione di sangue, organi e tessuti 4. Prevenzione delle dipendenze e promozione di corretti stili di vita e (alimentazione, attività fisica, contrasto al tabagismo e all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti). 5. Salute dei bambini nei primi 1000 giorni 6. Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.	entro 31.12.2027	ARCS	entro il 31.12.2027	Vedi target	Coordi-namento

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.5.b	Prosecuzione, in continuità con le annualità precedenti, delle attività di comunicazione.	Campagne di informazione mirate a: 1. Prevenzione e screening: promozione dell'adesione ai percorsi di prevenzione e ai servizi territoriali del SSR (screening oncologici e HCV) 2. NEA 116117 e NUE 112 e uso appropriato del Pronto Soccorso e della rete dell'emergenza 3. Case della Comunità e nuovi servizi territoriali. 4. Vaccinazioni e prevenzione delle malattie infettive (Campagna vaccinale antinfluenzale 2027, Vaccinazione HPV, anti Herpes Zoster, antipneumococcica, Campagna prevenzione bronchiolite RSV) 5. Prevenzione salute umana (Arbovirosi)	entro 31.12.2027	ARCS	entro 31.12.2027	Vedi target	Coordinamento

Il Piano generale di politica linguistica per la lingua friulana 2026-2030 approvato con Decreto del Presidente della Regione n. 045 del 20 aprile 2026, individua tra gli obiettivi strategici la progressiva integrazione della lingua friulana nelle attività informative e di comunicazione delle amministrazioni pubbliche regionali. In attuazione del Piano, le amministrazioni interessate sono chiamate a predisporre, entro sei mesi dalla approvazione, un proprio piano operativo che definisca azioni strumenti e modalità di attuazione per l'incremento dell'utilizzo del friulano nelle attività di competenza, individuando obiettivi, tempi e responsabilità. Nel corso del 2027 le Aziende del Servizio Sanitario Regionale dovranno garantire lo sviluppo delle attività previste nei rispettivi piani.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
15.6.5.c	Comunicazione pubblica diffusa anche in lingua friulana.	Attuazione degli obiettivi previsti per l'anno di competenza dal piano generale di politica linguistica per la lingua friulana 2026-2030	Attuazione piano entro 31.12.2027	ASFO	entro 31.12.2027	Coordinamento	Monitoraggio e verifica
				ASUFC			
				ASUGI			
				CRO			
				ARCS			

16.LE RISORSE FINANZIARIE

16.1 Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2027

Si riporta di seguito la sintesi delle disponibilità finanziarie per la gestione di parte corrente del Servizio sanitario regionale iscritte a bilancio regionale 2026 per l'esercizio 2027 e programmate con il presente atto:

FINANZIAMENTI REGIONALI PROGRAMMATI PER L'ANNO 2027			
		DESCRIZIONE	***IMPORTO***
CAP	4364	Ssr - fondo sanitario indistinto - reg	2.542.606.363,83
CAP	4379	Ssr - fondo sanitario vincolato sanita' penitenziaria – reg	3.664.372,00
CAP	68505	Ssr – fondo sanitario - rinnovi contrattuali - reg	176.500.000,00
CAP	45001	Ssr - fondo sanitario vincolato - reg	452.220.120,91
CAP	45002	Ssr - fondo sanitario vincolato - reg	28.544.143,26
CAP	4499	Ssr-finanz reg lea-prest sociosan anziani strut residenziali	72.100.000,00
CAP	8408	Ssr – finanz reg lea - prest sociosan anziani centri diurni	2.000.000,00
CAP	11504	Ssr – finanz reg lea - fondo sociosanitario disabilita'	55.500.000,00
Finanziamento dei LEA sanitari e sociosanitari del Servizio sanitario regionale			***3.333.135.000,00***
CAP	69475	Anticipazione regionale fondi payback farmaci	56.000.000,00
Fondi Payback farmaci			***56.000.000,00***
CAP	43106	Ssr - extrafondo finalizzazioni reg.li welfare	540.000,00
CAP	58311	Ssr - extrafondo finalizzazioni regionali invest	720.000,00
CAP	58312	Ssr - extrafondo finalizzazioni regionali pers	4.475.000,00
CAP	58313	Ssr - extrafondo finalizzazioni regionali prev	1.685.000,00
CAP	58314	Ssr - extrafondo finalizzazioni regionali siit	110.000,00
CAP	68621	Ssr - extrafondo finalizzazioni regionali san	13.535.000,00
CAP	62467	Ssr – fin contrattazione collettiva decentrata	37.500.000,00
Finanziamento extrafondo vincolato			***58.565.000,00***
CAP	45003	Ssr - fin reg ricerca sanitaria	**23.704.000,00**
TOTALE RISORSE DISPONIBILI A BILANCIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2027			**3.471.404.000,00**

Anche nell'esercizio 2027, al fine di permettere agli Enti del SSR la predisposizione di un bilancio preventivo che illustri l'attività annuale e programmi le relative disponibilità, sono state previste a bilancio regionale, a titolo di anticipazione nelle more dell'effettiva riscossione, le quote relative al payback farmaci, determinate sulla base delle informazioni ad oggi disponibili. A consuntivo, in conformità a quanto previsto dalle indicazioni del Tavolo degli adempimenti del MEF, tali risorse verranno iscritte a bilancio regionale sulla base delle riscossioni effettive, e quindi, successivamente conguagliate per le eventuali differenze rispetto a quanto assegnato con il presente atto.

La tabella sopra riportata espone inoltre la sintesi delle disponibilità finanziarie per gli Enti del SSR per la gestione di parte corrente dell'attività relativa ai LEA sociosanitari regionali definite con le presenti Linee per la gestione all'interno delle risorse iscritte a bilancio regionale 2026 per il 2027 e parimenti programmate con il presente atto.

16.2 Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni

La determinazione del fabbisogno sanitario e il riparto del finanziamento regionale tra gli enti del SSR per l'anno 2027 proseguono nel processo di progressiva revisione delle modalità di rappresentazione contabile delle risorse assegnate annualmente dalla Regione ai medesimi.

Nell'esercizio 2026, al fine di rispondere agli indirizzi impartiti dal "Tavolo ministeriale di verifica degli adempimenti" (ex art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005) nonché alle sollecitazioni della Sezione di controllo della Corte dei conti relativamente al rispetto dei principi di armonizzazione disposti dal D. Lgs. 118/2011 che prevedono una uniforme contabilizzazione, a livello nazionale, delle risorse assegnate dalle Regioni ai rispettivi servizi sanitari, la Regione, con la delibera n.1256/2026, ha disposto il cambio delle modalità di rappresentazione dei finanziamenti assegnati e della conseguente contabilizzazione da parte degli enti.

Pertanto, nell'esercizio 2027, in seguito alle modifiche sopra citate, la rappresentazione del finanziamento è stata costruita in coerenza con il riparto del Fondo sanitario nazionale (FSN) dell'anno 2025, ultimo riparto disponibile, adeguato alla stima di crescita attesa sulla base degli atti approvati a livello nazionale e rappresentato nella tabella seguente:

FSN 2025	STIMA FSN 2026	STIMA FSN 2027 (FSN 2026+0,6%)
2.673.728.918,00	2.813.300.390,00	2.830.180.193,00

Si precisa che gli importi per gli esercizi 2026 e 2027 in tabella sono delle stime regionali basate sull'importo 2025 e sulle percentuali di incremento medio del fondo sanitario, così come risulta negli atti preliminari redatti a livello nazionale e non ancora approvati.

In coerenza è stato costruito il finanziamento per il fabbisogno LEA, le quote finalizzate e vincolate figurative e non, e la determinazione della quota di maggiore fabbisogno LEA.

In continuità con gli anni precedenti, le aziende dovranno provvedere alla completa separazione, dal bilancio sanitario, delle attività di natura sociale/welfare collegabili alla Missione 12 di cui all'allegato 14 del D. Lgs. n. 118/2011 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia), che dovrà altresì comprendere la gestione di attività socioassistenziali su delega dei Comuni assunta ai sensi dell'articolo 35 della LR 26/2015. Il bilancio aziendale sarà pertanto formato dalla somma dei sezionali, creati per la gestione separata delle attività.

Il seguente riparto provvede ad assegnare il fabbisogno sanitario e le corrispondenti risorse finanziarie indistinte per popolazione e funzioni, ed è articolato secondo parametri e processi di standardizzazione.

La seguente tabella riporta i dati di popolazione al 01.01.2026 non pesata (c.d. grezza o 'secca') e di quella pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2025 (ultimi disponibili), in relazione all'ambito di ciascun Ente:

POPOLAZIONE	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina
popolazione non pesata al 01/01/2026	1.193.496,00	311.114,00	515.825,00	366.557,00
popolazione pesata al 01/01/2026	1.413.275,90	353.774,86	619.187,40	440.313,63
popolazione pesata di età eguale o maggiore di 65 anni al 01/01/2026	842.381,35	202.788,65	373.674,90	265.917,80
popolazione pesata al 01/01/2026 oltre 500 m alt.	31.723,13	3.312,63	28.410,50	

Fonte: DEMOISTAT 21_07_2026

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta tramite riferimenti nazionali oppure sulla base della valutazione degli andamenti gestionali medi regionali.

Il finanziamento 2027 ha due livelli di attribuzione:

ad un primo livello è stata ripartita tra le Aziende la quota per il finanziamento dei LEA, tale livello è ripartito tra gli enti del SSR per una quota in base ad attività non dipendenti dalla popolazione (per "funzioni" *ex* art.8-*sexies* del decreto legislativo n. 502/1992), per la restante quota sulla base della popolazione pesata;

il secondo livello attribuisce il finanziamento integrativo per la maggiore complessità organizzativa del SSR FVG per assicurare i LEA.

Le attività riconosciute, con riferimento a parametri oggettivi, non dipendenti dalla popolazione ("Funzioni"), sono evidenziate come segue:

- Complessità al 10%;
- Tariffato 7% per attività universitaria;
- Pronto soccorso ed emergenza territoriale, determinate in base al piano regionale deliberato dell'emergenza urgenza;
- Centro trapianti;
- VAD cardiochirurgia;
- Centro malattie rare;
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari.

Per quanto riguarda la quota ripartita in base alla popolazione pesata, sono stati impiegati i seguenti criteri, per area di attività assistenziale, considerando la seguente tipologia di popolazione:

- Popolazione pesata:
  - Ricoveri
  - Specialistica
  - Protesica
- Popolazione ultrasessantacinquenne pesata e Popolazione residente oltre i 500 metri di altitudine:
  - ADI

Gli *standard* individuati sono i seguenti:

- lo *standard pro capite* per l'attività di ricovero è stato determinato sulla base di un tasso di ospedalizzazione grezzo del 140,00 per mille (compresi i neonati sani); per la costruzione è stato utilizzato il costo medio per ricovero 2026, al lordo degli importi imputabili a finanziamenti per il recupero dei tempi di attesa. Per i ricoveri in regime di DH di chemioterapia (DRG 410 e 492) il valore corrispondente al 90% dell'importo erogato è stato abbattuto del 90%. Complessivamente lo standard procapite è di 592,22 euro, di cui 525,80 euro per la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;
- lo *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 227,21 euro è stato determinato sulla base della

previsione di uno standard di 3,26 prestazioni per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio. Per la costruzione dello standard è stato utilizzato il costo medio per prestazione 2026, al lordo degli importi imputabili a finanziamenti per il recupero dei tempi di attesa e abbattendo del 90% gli importi corrispondenti al 90% del valore erogato delle prestazioni di chemioterapia (cod. prestazione 99.25.1);

- per la *farmaceutica*, valutato l'andamento della spesa nel periodo gennaio-luglio 2026, lo standard 2027 è così determinato: spesa complessiva 2026 (proiezione al 31.12.2026) + 3,88%, al netto dell'ospedaliera non onco per ente erogante solo residenti FVG + 10% diretta non onco, che rientra nel finanziamento dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale;
    - la spesa complessiva è composta dai seguenti canali: farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate, farmaceutica territoriale diretta per residenti 90%, distribuzione farmaceutica per conto attraverso le farmacie convenzionate, farmaceutica ospedaliera non onco per ente erogante solo residenti FVG + 10% diretta, farmaceutica ospedaliera oncologici per ente erogante solo residenti FVG + 10% diretta oncologici;
    - l'andamento di ciascun canale in termini di eventuale incremento % può essere anche diverso, fermo restando un incremento massimo complessivo del 3,88% per ciascuna Azienda/IRCCS; il monitoraggio valuterà l'andamento della spesa complessiva compresa la componente ospedaliera non oncologici +10% diretta solo residenti FVG, secondo le modalità descritte nel successivo paragrafo 17 (LE REGOLE GESTIONALI), punto 17.1.1 (Farmaceutica)

      NOTE:
      a) dalla territoriale diretta è esclusa la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno erogati in diretta a residenti FVG coperta da specifica finalizzazione LEA e la quota degli innovativi coperta dal fondo nazionale;
      b) dalla farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta sono esclusi i vaccini (compreso il nirsevimab), gli oncologici-oncoematologici, la quota SMA coperta specifica finalizzazione LEA, la quota innovativi coperta dal fondo nazionale;
      c) dalla farmaceutica ospedaliera oncologici + 10% diretta sono escluse le terapie CAR-T e le terapie innovative coperte dal fondo nazionale;
    - per l'AFIR, per ciascuna Azienda è stato confermato l'importo di spesa stimato per il 2026 e comprende anche la spesa nei punti vendita commerciali dei prodotti per i celiaci e la spesa sostenuta la fornitura a carico del SSR delle preparazioni di cannabis ad uso medico (LR n. 2/2013 e s.m.i.);
- per l'assistenza domiciliare integrata, lo *standard* è stato fissato a 55 euro; ed è stato raddoppiato a 110,00 euro per la popolazione residente a oltre 500 metri di altitudine in considerazione delle maggiori risorse necessarie per prestare assistenza a fasce di popolazione più difficilmente raggiungibili.

Per il livello della prevenzione è previsto un finanziamento pari al 5% del finanziamento del fondo sanitario 2027 calcolato sulla popolazione non pesata.
Il finanziamento del livello dell'integrazione sociosanitaria fa riferimento agli *standard* assistenziali ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%.
Per le altre prestazioni di assistenza sociosanitaria sono stati considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2025 e il trend del 2026; sono state poi previste le ulteriori risorse stanziate per l'esercizio 2027.

Nel finanziamento 2027 sono state poi ripartite tra gli enti quali quote figurative i contributi finalizzati e vincolati, previsti nel Fondo sanitario nazionale 2025 che dagli atti nazionali risultano anche per il 2027, riepilogati nelle seguenti tabelle:

Tabella 1 - Quote finalizzate del FSN

	Quote finalizzate del FSN	Norma	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	Da ripartire	Importo totale
FN1	Quota spesa personale piano territoriale e ospedaliero	art. 1 c. 4,5,8 e art. 2 c. 1, 5,- 7 del D.L. 34/2020	4.561.942,00	13.514.057,00	8.078.438,00	9.762,00				**26.164.199,00**
FN2	Quota proveniente dall'INAIL per finalizzazioni di cui all'art. 1, cc. 526 - 528, L. 145/2018	art. 1, cc. 526 - 528, L. 145/2018						408.320,00	229.680,00	**638.000,00**
FN3	Quota per incremento dei Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria	art. 1, c. 435 e 435 bis della L. 205/2017	605.361,00	1.439.962,00	1.009.753,00	165.024,00	150.797,00	12.904,00		**3.383.801,00**
FN4	Concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini inclusi nel NPNV	art. 1, c. 408, L. 232/2016	998.589,00	1.660.075,00	1.179.061,00					**3.837.725,00**
FN5	Concorso a rimborso di oneri per processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN	art. 1, c. 409, L. 232/2016	563.295,00	1.331.202,00	942.709,00	132.225,00	125.509,00			**3.094.940,00**
FN6	Quota per screening neonatale	art. 6 della legge n. 167/2016				695.639,00				**695.639,00**
FN8	Aggiornamento LEA (al netto di quanto utilizzato per DM 25-nov-2024)	L 234/2021 art. 1 c. 288	139.609,00	283.013,00	199.376,00	6.959,00	6.607,00			**635.564,00**
FN9	Aggiornamento LEA	L 213/2023 art. 1 , c. 235	906.460,00	1.837.543,00	1.294.508,00	45.181,00	42.895,00			**4.126.587,00**
FN10	Aggiornamento LEA e revisione delle tariffe	L 207/2024 art. 1 c. 302	226.615,22	459.386,45	323.627,31	11.295,01	10.723,01			**1.031.647,00**
	TOTALE		**8.001.871,22**	**20.525.238,45**	**13.027.472,31**	**1.066.085,01**	**336.531,01**	**421.224,00**	**229.680,00**	**43.608.102,00**

Tabella 2 - Quote vincolate del FSN

	Quote vincolate del FSN	Norma	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	Da ripartire	Importo totale
FV1	Finanziamento per superamento OPG	art. 3-ter c 7 DL 211/2011, art. 23-quinquies DL 137/2020	340.118,00	435.850,00	352.427,00	-	-	-		**1.128.395,00**
FV2	Medicina penitenziaria (D.lgs. 230/1999)	art. 7 DLgs 230/1999	39.904,13	69.956,16	50.139,71	-	-	-		**160.000,00**
FV3	Medicina penitenziaria (L. 244/2007)	art. 2 c 283 L 244/2007	592.570,59	1.038.838,93	744.567,48	-	-	-		**2.375.977,00**
FV4	Farmacia dei servizi_nuovo accordo	art. 1 c.351-352-353-354 L 199/2025							1.000.000,00	**1.000.000,00**
FV5	Finanziamento borse di studio in medicina generale di cui al DLgs 368/1999	art. 5 DL 27/1988, art. 1 c 518 L 145/2018, art. 1-bis DL 34/2020						1.392.360,00		**1.392.360,00**
FV6	Potenziamento dell'assistenza territoriale (case di comunità)	art. 1, c. 274, L 234/2021 art.1 c.244 L.213/2023	5.986.335,63	10.430.459,45	7.468.189,92					**23.884.985,00**
FV7	Emersione di rapporti di lavoro irregolari	art. 103, c. 24, DL 34/2020	1.252.859,40	454.493,05	559.445,81					**2.266.798,26**
	TOTALE COMPLESSIVO		**8.211.787,75**	**12.429.597,59**	**9.174.769,92**	**0,00**	**0,00**	**1.392.360,00**	**1.000.000,00**	**32.208.515,26**

Nella voce relativa all'ulteriore fabbisogno LEA, oltre alle attività già dettagliate alla Tabella 1, è stato assegnato agli Enti del SSR il finanziamento per le seguenti attività finalizzate LEA:

Tabella 3 - Finanziamento attività finalizzate LEA

N.	Finalizzazioni regionali fondo 2027	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	DA RIPARTIRE	TOTALE 2027	SERVIZIO
1	Piano sangue regionale		4.050.000,00						**4.050.000,00**	UOCSAN
2	Elisoccorso		8.310.000,00						**8.310.000,00**	UOCSAN
3	Assicurazioni RC - polizza						4.100.000,00		**4.100.000,00**	UOCSAN
4	Assicurazioni RC - fondo copertura						14.198.354,00		**14.198.354,00**	UOCSAN
5	Finalizzazioni per centro disturbi alimentari (ASUFC)		1.500.000,00						**1.500.000,00**	UOCSAN
6	Piano potenziamento cure palliative (riparto su popolazione per metà anno)	150.000,00	270.000,00	190.000,00					**610.000,00**	UOCSAN
7	Disagio carceri	14.876,00	42.308,00	42.816,00					**100.000,00**	UOCSAN
8	Finanziamento annuo nuovo contratto ristorazione	841.263,00	2.257.490,00	1.512.917,00	159.464,00	173.425,00			**4.944.559,00**	UOCSAN
9	Finanziamento AIR Medicina convenzionata	10.377.663,00	16.706.287,00	9.952.898,00					**37.036.848,00**	SPER
10	Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	592.203,00	943.282,00	459.272,00					**1.994.757,00**	SPER
11	Incremento accordo AIR Medicina convenzionata	477.800,00	801.000,00	721.200,00				-	**2.000.000,00**	SPER
12	Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	590.000,00	880.000,00	530.000,00				-	**2.000.000,00**	SPER
13	ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2027	1.592.602,00	2.587.104,00	1.746.860,00					**5.926.566,00**	SPER
14	ACN medicina convenzionata 2022/2024 _ competenza 2027 (5,78%)	2.378.048,00	3.881.841,00	2.597.799,00					**8.857.688,00**	SPER
15	ACN medicina convenzionata 2025/2027 - competenza 2027 (5,4%)	2.316.789,00	3.705.663,00	2.595.330,00					**8.617.782,00**	SPER
16	ACN medicina convenzionata 26 giugno 2026							2.000.000,00	**2.000.000,00**	
17	Nuovo ACN farmacie per indennità di residenza farmacie rurali							750.000,00	**750.000,00**	SAFDM
18	SMA							4.072.000,00	**4.072.000,00**	SAFDM
19	CAR-T							7.126.000,00	**7.126.000,00**	SAFDM
	TOTALE	**19.331.244,00**	**45.934.975,00**	**20.349.092,00**	**159.464,00**	**173.425,00**	**18.298.354,00**	**13.948.000,00**	**118.194.554,00**	

*Legenda delle Strutture competenti: SAFDM (Servizio assistenza farmaceutica e dispositivi medici); SAGL (Servizio affari giuridici e legislativi); SPER (Servizio personale SSR e formazione); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SSSI (Servizio sistema sociale integrato); UOCSAN (Unità operativa complessa Sanitaria); UOCTA (Unità operativa complessa Tecnico-Amministrativa); UOCWEL (Unità operativa complessa Welfare di Comunità).

Inoltre anche per l'esercizio 2027 è stato previsto il finanziamento per le finalizzazioni extra-fondo ovvero per alcune specifiche attività di interesse regionale che vengono individuate annualmente e che sono quelle di seguito dettagliate:

Tabella 4 - Finalizzazioni regionali extra-fondo

N.	Finalizzazioni regionali extra-fondo 2027	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	DA RIPARTIRE	TOTALE	SERVIZIO
1	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici						100.000,00		100.000,00	UOCSAN
2	Progetto odontoiatria pubblica			1.000.000,00					1.000.000,00	UOCSAN
3	Spese di funzionamento Centro per la formazione in sanità						2.300.000,00		2.300.000,00	UOCSAN
4	Progetto Comunicatori verbali		40.000,00						40.000,00	UOCSAN
5	Finanziamento Soccorso Alpino						160.000,00		160.000,00	UOCSAN
6	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche-psichiche e sensoriali	150.000,00		1.012.521,00					1.162.521,00	UOCSAN
7	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000,00							300.000,00	UOCSAN
8	Campagne informative ARCS						650.000,00		650.000,00	UOCSAN
9	Avvalimento di personale delle Aziende Sanitarie per le progettualità della Rete Cure Sicure		70.000,00						70.000,00	UOCSAN
10	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza						110.000,00		110.000,00	SPAVE
11	Progetto "Piccole produzioni locali"		200.000,00						200.000,00	SPAVE
12	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	60.000,00	110.000,00	60.000,00					230.000,00	SPAVE
13	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute			120.000,00					120.000,00	SPAVE
14	Screening cardiovascolare	30.000,00					125.000,00		155.000,00	SPAVE
15	Progetto reperibilità micologi						30.000,00		30.000,00	SPAVE
16	Rafforzamento attività di refertazione della diagnostica per immagini nello screening prevenzione del tumore al seno						660.000,00		660.000,00	SPAVE
17	Passi d'argento			-			180.000,00		180.000,00	SPAVE
18	Screening regionale gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus HCV	13.300,00	20.700,00	16.000,00					50.000,00	SPAVE
19	Attività di monitoraggio dell'efficacia degli interventi di disinfestazione da zanzare						40.000,00		40.000,00	SPAVE
20	Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti con particolare riferimento all'attuazione del PNRR,	95.000,00		95.000,00	95.000,00	95.000,00			380.000,00	UOCTA

N.	Finalizzazioni regionali extra-fondo 2027	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	DA RIPARTIRE	TOTALE	SERVIZIO
	nonché nell'analisi, valutazione e valorizzazione del patrimonio edile e impiantistico del SSR									
21	Attività di supporto al Ministero della salute nel settore dei dispositivi medici e di supporto e alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti						40.000,00		40.000,00	UOCTA
22	Promozione dell'accreditamento Laboratori dell'UNI EN ISO 15189							300.000,00	300.000,00	UOCTA
23	Rimborso del personale incaricato per i sopralluoghi di accreditamento nelle strutture sanitarie del FVG						3.000,00		3.000,00	UOCTA
24	Formazione operatori sociosanitari (OSS) e Assistenti Infermieri (AI)		-				550.000,00		550.000,00	SPER
25	Piano della formazione, della comunicazione e studi						410.000,00		410.000,00	SPER
26	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute							3.500.000,00	3.500.000,00	SPER
27	Politiche regionali							27.000.000,00	27.000.000,00	SPER
28	Incremento politiche del personale 2026							10.500.000,00	10.500.000,00	SPER
29	Attività di ricerca, formazione e disseminazione del Centro collaboratore OMS per la salute mentale – DSM/ASUGI			50.000,00					50.000,00	SAGL
30	Attività di supporto servizio Area Welfare - promozione inserimento lavorativo persone svantaggiate		50.000,00						50.000,00	UOCWEL
31	Ricerche "Nuove modalità accreditamento sistema residenziale e semiresidenziale disabilità" e "Liste d'attesa inserimento residenze per anziani"	150.000,00							150.000,00	UOCWEL
32	Valorizzazione della figura delle persone esperte in supporto tra pari- Peer Support Workers	60.000,00	80.000,00	60.000,00					200.000,00	UOCWEL
33	Sviluppo ricerca clinica e innovazione in Regione							750.000,00	750.000,00	SAFDM
34	Farmacia dei servizi - prosecuzione attività sperimentazioni vecchio accordo							800.000,00	800.000,00	SAFDM
	TOTALE	**858.300,00**	**570.700,00**	**2.413.521,00**	**95.000,00**	**95.000,00**	**5.358.000,00**	**42.850.000,00**	**52.240.521,00**	

*Legenda delle Strutture competenti: SAFDM (Servizio assistenza farmaceutica e dispositivi medici); SAGL (Servizio affari giuridici e legislativi); SPER (Servizio personale SSR e formazione); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SSSI (Servizio sistema sociale integrato); UOCSAN (Unità operativa complessa Sanitaria); UOCTA (Unità operativa complessa Tecnico-Amministrativa); UOCWEL (Unità operativa complessa Welfare di Comunità).

Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI SSR

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
PREVENZIONE	**148.319.412,00**	**35.729.314,00**	**59.375.989,00**	**42.096.800,00**	**27.000,00**	**27.000,00**	**4.254.500,00**	**6.808.809,00**
Quota indistinta	140.464.003,00	35.516.774,00	58.886.582,00	41.846.147,00	-	-	4.214.500,00	
di cui per Veterinaria	707.546,00	183.962,00	311.320,00	212.264,00				
Finanziamento per PNCAR	1.046.600,00	212.540,00	489.407,00	250.653,00	27.000,00	27.000,00	40.000,00	
Finanziamento Piano pandemico nazionale	6.808.809,00							6.808.809,00
standard 5% fondo	114,16							
RICOVERI TOTALE	**836.974.366,00**	**197.570.353,00**	**373.528.084,00**	**258.997.673,00**	**3.900.337,00**	**2.977.919,00**	**-**	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	66.188.732,00	11.555.531,00	32.097.582,00	18.489.586,00	2.294.316,00	1.751.717,00		
7% tariffato	27.685.168,00		15.861.766,00	8.991.179,00	1.606.021,00	1.226.202,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 140,00 * 1000)_t.o. statale 140*1000	743.100.466,00	186.014.822,00	325.568.736,00	231.516.908,00	-	-		
pro capite proiezione 31-dic-2026	521,64							
standard mobilità 2027	**525,80**							
standard totale 2027 (mobilità + complessità +7%)	**592,22**							
SPECIALISTICA TOTALE	**321.110.416,00**	**80.381.186,00**	**140.685.570,00**	**100.043.660,00**	**-**	**-**	**-**	
Specialistica mobilità (3,26 prestazioni)	321.110.416,00	80.381.186,00	140.685.570,00	100.043.660,00	-			
pro capite proiezione 31-dic-2026	220,03							
standard mobilità 2027	**227,21**							
ADI	**48.075.746,00**	**11.335.570,00**	**22.114.697,00**	**14.625.479,00**	**-**	**-**	**-**	
standard 2019	55,00							
standard pop > 500 mt. alt.	110,00							
PROTESICA	**30.526.759,00**	**7.641.537,00**	**13.374.448,00**	**9.510.774,00**	**-**	**-**	**-**	

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
standard 2025	21,60							
FARMACEUTICA TOTALE	**506.325.897,00**	**108.399.947,00**	**229.769.741,00**	**149.585.018,00**	**307.822,00**	**18.263.369,00**	**-**	**-**
AFIR	**12.965.741,00**	**2.405.819,00**	**4.843.969,00**	**5.715.953,00**				
MEDICINA CONVENZIONATA E ASSISTENZA PRIMARIA	**117.191.795,00**	**30.302.672,00**	**49.238.141,00**	**37.650.982,00**	**-**	**-**	**-**	
Assistenza primaria_ Medici di medicina generale _ Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	74.384.697,00	18.705.720,00	31.052.857,00	24.626.120,00				
Assistenza primaria_ Continuità assistenziale _ Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	10.883.098,00	2.862.255,00	5.195.591,00	2.825.252,00				
Assistenza primaria_ Emergenza Territoriale _ Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	735.000,00	85.000,00		650.000,00				
Assistenza primaria_ Pediatri di libera scelta _ Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	15.708.807,00	4.753.536,00	6.463.741,00	4.491.530,00				
Assistenza primaria_ Specialisti ambulatoriali _ Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	7.205.334,00	1.487.737,00	3.157.294,00	2.560.303,00				
Assistenza primaria_ altri _ Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)	2.615.983,00	945.145,00	925.053,00	745.785,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Contratto 2016/2018	5.658.876,00	1.463.279,00	2.443.605,00	1.751.992,00				
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	**126.326.148,00**	**29.494.164,00**	**53.668.678,00**	**41.555.194,00**	**108.112,00**	**-**	**-**	**1.500.000,00**
Anziani - convenzione oneri sanitari strutture residenziali	39.380.055,00	9.495.962,00	17.544.410,00	12.339.683,00	-			
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	16.971.963,00	6.988.158,00	7.894.869,00	2.088.936,00	-	-	-	
Disturbi comportamento alimentare, autismo Minori - Personale	2.000.000,00	552.646,00	850.592,00	596.762,00	-			

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
Salute mentale minori -Programmi riabilitativi - Budget di Salute	8.328.400,00	1.552.751,00	3.181.904,00	1.985.633,00	108.112,00			1.500.000,00
Salute mentale adulti -Programmi riabilitativi - Budget di Salute	25.151.806,00	5.561.397,00	10.330.017,00	9.260.392,00	-			
Dipendenze - Programmi riabilitativi - Budget di Salute	9.956.165,00	1.992.564,00	3.786.960,00	4.176.641,00	-			
Prestazioni RSA	19.660.462,00	2.490.174,00	6.183.073,00	10.987.215,00	-			
Convenzione attività consultori familiari	610.800,00	376.858,00	229.635,00	4.307,00	-			
Altre prestazioni sociosanitarie	4.266.497,00	483.654,00	3.667.218,00	115.625,00				
Emergenza territoriale e centrale operativa	**44.893.437,00**	**10.086.237,00**	**20.015.979,00**	**12.010.221,00**			**2.781.000,00**	
Centrale 116/117	**2.073.000,00**			**2.073.000,00**				
FUNZIONI	**68.181.763,00**	**15.946.537,00**	**32.304.037,00**	**16.390.504,00**	**3.540.685,00**	**-**	**-**	
Pronto soccorso	64.564.963,00	15.946.537,00	29.899.237,00	16.390.504,00	2.328.685,00			
Centro regionale trapianti, VAD	1.704.800,00		1.704.800,00					
Centro regionale malattie Rare	700.000,00		700.000,00					
Funzioni per lo screening metabolico, protesi cocleari	1.100.000,00				1.100.000,00			
Funzioni per lo screening fibrosi cistica (DGR 1483_2022)	112.000,00				112.000,00			
PERSONALE DIPENDENTE	**110.675.261,00**	**20.087.757,00**	**43.556.315,00**	**35.942.238,00**	**4.733.656,00**	**5.294.509,00**	**1.060.786,00**	
Incremento indennità esclusività dirigenti sanitari	11.388.610,00	2.108.986,00	5.027.014,00	3.220.006,00	462.106,00	543.220,00	27.278,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 comparto	31.842.368,00	5.189.594,00	14.178.317,00	10.243.354,00	1.070.884,00	884.122,00	276.097,00	
Indennità personale sanitario e oss	12.695.216,00	2.256.646,00	5.571.694,00	4.088.444,00	410.550,00	310.499,00	57.383,00	
Perequazione dei fondi del personale	36.216.189,00	7.293.607,00	11.095.611,00	12.724.401,00	1.872.733,00	2.683.677,00	546.160,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 dirigenza sanitaria	15.294.582,00	2.676.236,00	6.394.683,00	4.719.464,00	737.417,00	715.060,00	51.722,00	
Rinnovi contrattuali 2019/2021 dirigenza SPTA	652.557,00	93.184,00	192.554,00	174.924,00	54.814,00	44.441,00	92.640,00	

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
Incremento fondi trattamento accessorio dirigenti sanitari	2.585.739,00	469.504,00	1.096.442,00	771.645,00	125.152,00	113.490,00	9.506,00	
RINNOVI CONTRATTUALI	**177.311.399,00**	**29.904.964,00**	**71.785.373,00**	**49.972.634,00**	**6.773.325,00**	**6.365.308,00**	**1.812.095,00**	**10.697.700,00**
Indennità PS comparto sanità (anno 2027) - CCNL 2022/2024	7.971.600,00							7.971.600,00
Indennità PS dirigenza medica (anno 2027) - CCNL 2019/2021	2.726.100,00							2.726.100,00
Rinnovi CCNL 2022/2024 comparto	44.157.692,00	8.149.592,00	19.181.772,00	13.449.053,00	1.522.352,00	1.365.267,00	489.656,00	
Rinnovi CCNL 2022/2024 dirigenza sanitaria	26.574.392,00	4.473.882,00	11.365.184,00	8.138.561,00	1.304.957,00	1.193.112,00	98.696,00	
Rinnovi CCNL 2022/2024 dirigenza PTA	996.826,00	153.079,00	295.485,00	242.092,00	86.873,00	70.752,00	148.545,00	
Accantonamento rinnovi CCNL 2025/2027 comparto	59.464.947,00	10.913.660,00	25.454.443,00	18.087.929,00	2.282.593,00	2.060.650,00	665.672,00	
Accantonamento rinnovi CCNL 2025/2027 dirigenza sanitaria	31.367.521,00	5.475.658,00	13.369.477,00	9.376.333,00	1.496.820,00	1.521.268,00	127.965,00	
Accantonamento rinnovi CCNL 2025/2027 dirigenza PTA	1.002.813,00	155.427,00	294.583,00	231.008,00	79.730,00	77.584,00	164.481,00	
Ipotesi incremento CCNL2025/2027_competenza 2027	3.049.508,00	583.666,00	1.824.429,00	447.658,00	-	76.675,00	117.080,00	
Ulteriori attività LEA	**203.612.435,49**	**43.407.221,00**	**78.842.016,00**	**55.843.972,00**	**837.294,00**	**1.421.732,49**	**19.760.200,00**	**3.500.000,00**
Attività centralizzate ARCS	19.760.200,00						19.760.200,00	
Disabilità - quota storica oneri sanitari aziende sanitarie	17.143.731,00	1.614.592,00	6.279.903,00	5.749.236,00	-			3.500.000,00
Disabilità - Fondo sociosanitario LEA L.R.16/2022 (cap.11504)	55.500.000,00	14.283.763,03	24.586.914,69	16.629.322,28				
Quota integrativa LEA	**111.208.504,49**	**27.508.865,97**	**47.975.198,31**	**33.465.413,72**	**837.294,00**	**1.421.732,49**		
Finanziamento regionale LEA indistinto e funzioni	**2.754.563.575,49**	**622.693.278,00**	**1.193.103.037,00**	**832.014.102,00**	**20.228.231,00**	**34.349.837,49**	**29.668.581,00**	**22.506.509,00**
Fondo sanitario - quote finalizzate nazionali	43.608.102,00	8.001.871,22	20.525.238,45	13.027.472,31	1.066.085,01	336.531,01	421.224,00	229.680,00
Contributi da Regione per quota Fondo Sanitario Regionale indistinto	**2.798.171.677,49**	**630.695.149,22**	**1.213.628.275,45**	**845.041.574,31**	**21.294.316,01**	**34.686.368,50**	**30.089.805,00**	**22.736.189,00**
Fondo sanitario - quote vincolate nazionali	32.208.515,26	8.211.787,75	12.429.597,59	9.174.769,92	0,00	0,00	1.392.360,00	1.000.000,00

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
Finanziamento complessivo da Fondo Sanitario Regionale	**2.830.380.192,75**	**638.906.936,97**	**1.226.057.873,04**	**854.216.344,23**	**21.294.316,01**	**34.686.368,50**	**31.482.165,00**	**23.736.189,00**
ULTERIORE FABBISOGNO REGIONALE LEA	**192.294.554,00**	**37.665.246,00**	**78.654.824,00**	**43.395.241,00**	**159.464,00**	**173.425,00**	**18.298.354,00**	**13.948.000,00**
Prestazioni sociosanitarie anziani in strutture residenziali	70.658.000,00	17.140.614,00	31.599.265,00	21.918.121,00				
Finanziamento sperimentazione domiciliarità comunitaria (cap. 4499)	1.442.000,00	408.797,00	492.605,00	540.598,00				
Prestazioni sociosanitarie anziani in strutture semiresidenziali - centri diurni	2.000.000,00	784.591,00	627.979,00	587.430,00				
Attività finalizzate regionali LEA	**118.194.554,00**	**19.331.244,00**	**45.934.975,00**	**20.349.092,00**	**159.464,00**	**173.425,00**	**18.298.354,00**	**13.948.000,00**
Ulteriore quota di riequilibrio fabbisogno per LEA 2027	**316.784.732,25**	**34.712.093,24**	**137.358.592,95**	**127.935.817,81**	**16.778.228,25**	**-**	**-**	
TOTALE FABBISOGNO SSR 2027	**3.339.459.479,00**	**711.284.276,00**	**1.442.071.290,00**	**1.025.547.403,00**	**38.232.008,00**	**34.859.794,00**	**49.780.519,00**	**37.684.189,00**
FONDI REGIONALI RICERCA	**23.704.000,00**	**-**	**-**	**-**	**10.907.000,00**	**12.797.000,00**	**-**	**-**
Finanziamento regionale per ricerca IRCCS	18.594.000,00				9.297.000,00	9.297.000,00		
Finanziamento regionale per ricerca IRCCS: personale della ricerca a tempo indeterminato	5.110.000,00				1.610.000,00	3.500.000,00		
TOTALE ASSEGNAZIONI CON FINANZIAMENTO REGIONALE RICERCA	**3.363.163.479,00**	**711.284.276,00**	**1.442.071.290,00**	**1.025.547.403,00**	**49.139.008,00**	**47.656.794,00**	**49.780.519,00**	**37.684.189,00**
PAYBACK FARMACEUTICO 2027	**56.000.000,00**	**15.601.303,00**	**23.029.026,00**	**16.498.753,00**	**870.918,00**	**-**	**-**	
Anticipazione regionale fondi payback farmaci	56.000.000,00	15.601.303,00	23.029.026,00	16.498.753,00	870.918,00			
TOTALE ASSEGNAZIONI CON ANTICIPO PAYBACK 2027	**3.419.163.479,00**	**726.885.579,00**	**1.465.100.316,00**	**1.042.046.156,00**	**50.009.926,00**	**47.656.794,00**	**49.780.519,00**	**37.684.189,00**
CONTRIBUTI DA REGIONE EXTRAFONDO VINCOLATI	**52.240.521,00**	**858.300,00**	**570.700,00**	**2.413.521,00**	**95.000,00**	**95.000,00**	**5.358.000,00**	**42.850.000,00**

	REGIONE	205_AS Friuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
TOTALE FINANZIAMENTO 2027	3.471.404.000,00	727.743.879,00	1.465.671.016,00	1.044.459.677,00	50.104.926,00	47.751.794,00	55.138.519,00	80.534.189,00

17. LE REGOLE GESTIONALI

17.1 Vincoli gestionali

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

17.1.1 Farmaceutica

Relativamente al complessivo tetto di spesa fissato per la farmaceutica, si richiama quanto più sopra indicato al precedente punto 16.2 (Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni) nel capitolo 16 (LE RISORSE FINANZIARIE). Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, gli Enti porranno, pertanto, in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali secondo le seguenti indicazioni.
Tenuto conto delle nuove terapie LEA che vengono ammesse alla rimborsabilità da parte di AIFA in corso d'anno, nonché delle estensioni di indicazione terapeutica per medicinali già ammessi alla rimborsabilità, per la Farmaceutica, fermo restando quanto previsto nelle sue componenti dalla Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI SSR di cui al precedente, già citato, punto 16.2 (Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni), il vincolo di monitoraggio 2027 è determinato sulla spesa complessiva 2026 + un incremento massimo del 3,88%. La spesa complessiva 2026 come da Tabella di seguito riportata è calcolata a partire dai dati registrati nel periodo gennaio-luglio 2026 proiettati al 31.12.2026.

	SPESA FARMACEUTICA COMPLESSIVA				VINCOLO DI MONITORAGGIO	
	Proiezione 2026 (gen-lug)	vincolo 2027	Δ 2027 vs 2026	Δ% 2027 vs 2026	Vincolo 2027 senza M.R. OSP	Malattie rare OSP pz>100k 2027
ASFO	119.996.764	124.652.595	4.655.831	3,88%	123.231.492	1.421.103
ASUFC	263.477.058	273.699.873	10.222.814	3,88%	268.643.205	5.056.668
ASUGI	170.526.840	177.143.219	6.616.380	3,88%	174.539.864	2.603.355
BURLO	2.177.116	2.261.587	84.471	3,88%	2.261.587	
CRO	20.755.356	21.560.656	805.300	3,88%	21.560.656	
TOTALE	**576.933.133**	**599.317.929**	**22.384.796**	**3,88%**	**590.236.805**	**9.081.125**

(l'espressione dei valori in unità arrotondate all'euro, anziché in unità con esposizione anche dei centesimi, possono influire sulla correttezza dei valori esposti per differenza o totali rispetto ai valori non arrotondati)

La spesa complessiva è composta dai seguenti canali:

- Farmaceutica territoriale attraverso le farmacie convenzionate (Fonte dati: Portale Farmaceutica FVG);
- Farmaceutica distribuzione per conto attraverso le farmacie convenzionate (Fonte dati: GOpen DPC);
- Farmaceutica territoriale diretta 90%, per Azienda di residenza del paziente: sono esclusi i pazienti extraregione, la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno coperta da specifica finalizzazione LEA, la quota degli innovativi coperta dal fondo nazionale, erogati in diretta a residenti FVG e i colliri cataratta di cui alla legge regionale n. 16/2023, art. 8, comma 1 (Fonte: flussi NSIS+"minsan fittizi");
- Farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta non onco per Ente erogante solo residenti FVG: sono esclusi i pazienti extraregione, i vaccini e nirsevimab, che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC presso ASU GI, ASU FC e AS FO), i medicinali per la cura della

atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro coperta da specifica finalizzazione LEA, i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico fondo nazionale (Fonte dati: Flussi N- SIS + "minsan fittizi");

- Farmaceutica ospedaliera onco + 10% diretta onco per Ente erogante solo residenti FVG: nei farmaci oncologici vengono considerati tutti i principi attivi delle categorie ATC II L01 (Farmaci Antineoplastici) e L02 (Farmaci per la terapia endocrina) mentre per quanto riguarda le categorie L03 (Farmaci Immunostimolanti) e L04 (Farmaci Immunosoppressivi) solamente INTERFERONE α, ALDESLEUCHINA, BACILLO CALMETE GUERRIN (BCG), MIFAMURTIDE, PLERIXAFOR, LENALIDOMIDE, TALIDOMIDE e POMALIDOMIDE e V-Vari - LUTEZIO (177LU) OXODOTREOTIDE, RADIO-223RA-DICLORURO e LUTEZIO (177LU) VIPIVOTIDE TETRAXETAN; sono stati quindi esclusi quei farmaci che, pur appartenendo alla classe ATC L dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, hanno indicazioni diverse (Es: malattie reumatiche, trapianto, ecc.). Sono escluse da tale ambito le terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T non innovative coperte da finalizzazione LEA e gli innovativi oncologici coperti fondo nazionale (solo indicazioni innovative). (Fonte dati: Flussi N-SIS +"minsan fittizi");

Ai fini del monitoraggio il vincolo complessivo pari a 599.317.929 euro è scorporato da una quota specifica dedicata ai trattamenti per malattie rare che nel 2026 hanno registrato un spesa/anno per paziente superiore ai 100.000 euro (spesa ospedaliera non onco per residenti FVG) che sarà monitorato a parte. Tale quota comprende i seguenti principi attivi: RAVULIZUMAB, IMIGLUCERASI, CIPAGLUCOSIDASI ALFA, OLIPUDASI ALFA, VUTRISIRAN SODICO, BUROSUMAB, AVALGLUCOSIDASI ALFA, NONACOG BETA PEGOL (FATTORE IX DI COAGULAZIONE, RICOMBINANTE), AGALSIDASI BETA, TUROCTOCOG ALFA PEGILATO, EMICIZUMAB, VELAGLUCERASI ALFA, AGALSIDASI ALFA, ROZANOLIXIZUMAB, PEGUNIGALSIDASI ALFA, ZILUCOPLAN SODICO, CANAKINUMAB, ALBUTREPENONACOG ALFA.

Pertanto, il vincolo di monitoraggio complessivo al netto della quota specifica per malattie rare è riportato nella tabella seguente.

	VINCOLO COMPLESSIVO AL NETTO QUOTA MALATTIE RARE			
	Proiezione 2026 (gen-lug)	Vincolo 2027	Δ 2027 vs 2026	Δ% 2027 vs 2026
ASFO	118.628.740	123.231.492	4.602.752	3,88%
ASUFC	258.609.260	268.643.205	10.033.946	3,88%
ASUGI	168.020.721	174.539.864	6.519.143	3,88%
BURLO	2.177.116	2.261.587	84.471	3,88%
CRO	20.755.356	21.560.656	805.300	3,88%
TOTALE	**568.191.192**	**590.236.805**	**22.384.796**	**3,88%**

Per il monitoraggio dell'andamento della spesa e dei consumi sarà attivato un monitoraggio mensile, di concerto tra i competenti servizi della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, ARCS e Aziende per prevenire eventuali variazioni incrementali sia nell'andamento dei consumi sia della loro appropriatezza, anche al fine di valutare l'introduzione di ulteriori misure correttive. L'andamento sarà misurato come variazione % per singolo canale (convenzionata, diretta 90%, DPC, ospedaliera non onco + 10% diretta non onco e ospedaliera onco + 10% diretta onco), fermo restando che il vincolo da rispettare rimane il 3,88% sulla spesa complessiva così come sopra descritta (i vari canali possono registrare scostamenti differenti, ma comunque lo scostamento aggregato deve rispettare la soglia del 3,88%).
In considerazione dei nuovi farmaci innovativi (oncologici e non) che continuano a rendersi disponibili in questi anni,

permane a livello nazionale il Fondo Farmaci innovativi istituito con la legge n. 232/2016 (legge di Bilancio per l'anno 2017) e successivamente rivisto con l'entrata in vigore del d.l. n. 73/2021 (convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106), art 35-ter, in un unico fondo da 1.000 mln di euro, fondo che, ai sensi dell'art. 1, comma 259, della l. n.234/2021, a decorrere dal 2024 prevede un importo del fondo pari a 1.300 mln/euro. La legge di Bilancio (art. 1, commi 281-292) ha rivisto l'accesso al fondo innovativi estendendolo sia ai medicinali con requisito di innovatività condizionata, per una quota non superiore a 300 mln euro annui, sia agli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti (antibiotici *reserve*), per una quota non superiore ai 100 mln euro annui, ferma restando la capienza massima del suddetto fondo. La legge di Bilancio 2026 (legge 199/2025, art. 1, commi 369,388) ha stabilito che tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno accesso alle risorse del Fondo dei farmaci innovativi.

17.1.2 Dispositivi medici

Gli Enti sono tenuti, in sede di monitoraggio trimestrale, ad individuare separatamente anche il consumo di dispositivi collegati a contratti di service ai fini di una valutazione da parte della Direzione centrale con il supporto di ARCS, riguardo l'eventuale reinternalizzazione di tali contratti ed una conseguente maggior standardizzazione regionale del fabbisogno di dispositivi al fine di conseguire adeguate economie di scala e di costo, anche con particolare riguardo ai contratti di service di laboratorio.

Fermo restando il tetto di spesa per l'acquisto dei DM stabilito dalla L. 199/2026, in considerazione della rapida innovazione che caratterizza il settore e dell'impatto delle tecnologie sull'efficacia e sulla qualità dell'assistenza, si ritiene di prevedere un incremento del + 2,5% rispetto al dato di proiezione al 31/12/2026 calcolato sui dati del secondo report.

In relazione ai dispositivi medici a media ed alta complessità destinati ai pazienti diabetici, nel corso del 2026 il Tavolo dei DM ha monitorato periodicamente i dati di spesa e di consumo evidenziando complessivamente una crescita in linea con quanto previsto con DGR n. 1507/2025.
Al contempo per l'anno 2027 è confermato l'obiettivo regionale di incrementare il n° di pazienti con diabete mellito di tipo 1 con età >=18 anni in trattamento con microinfusore con conseguente incremento di spesa in coerenza con le Linee Guida Nazionali (vedi, *supra*, alla pagina 106 quanto previsto al paragrafo 3-RETI DI CURA, sottopunto 3.5.1-Rete diabetologica).
Inoltre, va tenuto conto che questa regione ha aderito alla gara Consip per la fornitura dei DM in argomento. La procedura di aggiudicazione è in svolgimento, pertanto, al momento non sono noti i nuovi costi che si verranno a delineare nel 2027. In questo quadro, seppur complesso, fermo restando il tetto di spesa complessivo nazionale e regionale, il limite previsionale massimo di spesa per l'anno 2027 per l'acquisto complessivo dei DM per diabete cui ci si riferisce, è riportato nella tabella (in migliaia di euro)

	proiez al 31/12/2026	limite al 31/12/2027
ASFO	3.650.118 €	4.022.030 €
ASUFC	8.004.618 €	8.691.532 €
ASUGI	7.952.104 €	8.369.728 €
FVG	**19.606.841 €**	**21.083.290 €**

17.1.3 Prestazioni ambulatoriali

Il vincolo per il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata per l'anno 2026 è fissato

in 3,26 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.

17.1.4 Risorse umane

In relazione ai vincoli nella gestione delle risorse umane si rinvia a quanto sopra esposto nel capitolo 9 (GESTIONE DELLE RISORSE UMANE) al punto 9.4-Autonomia gestionale e sostenibilità della spesa per il personale e relativi sottopunti.

17.2 Regole metodologiche di gestione

Di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e regole a cui riferirsi nella formazione dei bilanci preventivi degli Enti del SSR. Relativamente agli aspetti di maggior dettaglio, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute provvederà ad inoltrare agli Enti specifico documento tecnico, alla luce dell'assetto organizzativo e funzionale introdotto dalla legge regionale n. 22/2019.

17.2.1 Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2027, i dati delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di farmaceutica territoriale diretta, erogate a favore dei cittadini non residenti nell'Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni. La compensazione della mobilità avverrà a livello centralizzato; per la redazione del bilancio preventivo ARCS invierà con la nota metodologica le relative matrici di mobilità.

Relativamente al passaggio di funzioni del laboratorio analisi lo scambio di fatturazione per le relative prestazioni tra le aziende avverrà con un abbattimento del 45% rispetto alle tariffe in vigore, salvo accordi diversi tra gli enti. Nel 2027 tutti i centri prelievi sul territorio dovranno essere configurati come punti di accettazione-dell'impegnativa del centro *hub* di riferimento. In tal modo la rilevazione dell'attività avverrà direttamente nel centro *hub*. Infatti all'interno della quota di abbattimento sopra riportata, il centro *hub* remunera anche l'attività di prelievo e di accettazione ai punti prelievo di riferimento.

La spesa per la mobilità intra-regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta, come negli anni precedenti, è posta interamente a carico delle Aziende per l'assistenza sanitaria di residenza del paziente.
Ai fini della rilevazione dei dati, in attesa del collaudo del nuovo sistema Siasa - File F, viene utilizzato il flusso NSIS della distribuzione diretta (D.M. 31 luglio 2007). Per il 2027, tenuto conto delle stime sui *setting* di utilizzo secondo cui circa l'90% della spesa è ascrivibile ad una diretta territoriale, nelle matrici di mobilità intra-regionale, sarà presa in considerazione tale percentuale, quale riferimento della spesa registrata di tutti i farmaci erogati in diretta dotati di codice MINSAN o con MINSAN "fittizio" (classe A, C e H).
La spesa dei medicinali per i quali non è rilevato il codice fiscale non è oggetto di mobilità e, pertanto, rimarrà in carico all'Ente erogante, ad eccezione di quei farmaci per i quali la normativa sulla tutela dei dati sensibili prevede l'anonimizzazione (es. farmaci anti-HIV), con la conseguente corretta attribuzione dei costi.
Per i pazienti extra-regione la compensazione dei medicinali erogati in distribuzione diretta continua con le modalità già in essere.

17.2.2 Mobilità extra-regionale

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno

sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento.
La mobilità extraregionale del 2027, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2026, è quella relativa all'ultima matrice approvata ovvero la matrice del FSN 2025.
Come indicato dal Ministero della salute, agli erogatori privati deve essere riconosciuta per qualsiasi prestazione sanitaria erogata in favore di pazienti residenti e non, la tariffa vigente regionale, fermo restando che in sede di compensazione con le altre Regioni per le prestazioni rese a pazienti extraregionali deve essere applicata la tariffa prevista nell'accordo interregionale sulla compensazione della mobilità sanitaria.
L'articolo 1, comma 171, della L. n. 311/2004 prevede che "è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente [...]. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione del detto principio".
Inoltre il comma 577 dell'articolo 1 della L. n. 208/2015 prevede che: "le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella in cui insistono le strutture, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti nella regione in cui sono ubicate le strutture. Le regioni individuano, nell'ambito del contratto stipulato con le strutture sanitarie, le misure sanzionatorie da applicare alle strutture che non rispettano la presente disposizione".
Secondo quanto previsto dall'art. 1, commi 369 e 388, della L. n. 199/2025 anche le Regioni a statuto speciale e le Province Autonome rientrano nel riparto del fondo per i medicinali innovativi (oncologici e non e antibiotici *reserve*) e pertanto non dovranno più procedere alla fatturazione del costo dei suddetti farmaci alle altre regioni per i trattamenti avviati.

La Regione si riserva con atto successivo, di fornire ulteriori indicazioni e prescrizioni in relazione agli adempimenti di cui all'articolo 1, comma 494, della Legge n. 178/2020 relativi a salvaguardare i normali livelli di mobilità e a fornire adeguate alternative per la tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilità non fisiologica anche nello specifico delle aree di confine e dei flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini.

17.2.3 Mobilità internazionale

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria internazionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento.
La mobilità internazionale del 2027, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2026, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2025.

Ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute – Organismo di collegamento, in materia di assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, di cui al DPR 31 luglio 1980, n. 618, nonché in materia di assistenza sanitaria internazionale, le Regioni si fanno carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

In sede di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale annuale si provvede alla regolazione finanziaria attraverso l'imputazione tramite le Regioni, dei costi e ricavi connessi rispettivamente all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini stranieri in Italia oggetto dei Regolamenti UE e delle Convenzioni bilaterali; le Regioni attribuiscono tali voci ai bilanci delle Aziende sanitarie locali.

Al fine di applicare il disposto del D.Lgs. n. 502/92, è intervenuto il DPR 24 novembre 2017 n. 224 che disciplina le modalità applicative, le procedure contabili e le competenze di natura amministrativa ed economico finanziaria in materia di assistenza sanitaria internazionale relativa ai flussi nell'ambito della UE e delle Convenzioni bilaterali e dell'assistenza indiretta all'estero ai sensi del DPR 618/1980 rimandando all'adozione di un regolamento sulle modalità operative da adottare.

Il tavolo di lavoro inter-istituzionale Stato–Regioni istituito per la definizione, ai sensi del DPR 224/2017 succitato, di un Accordo in sede di Conferenza permanente per la definizione delle regole e delle procedure per –la compensazione internazionale ha concluso i lavori e l'Accordo è stato approvato nel mese di maggio 2022 riassumendo regole contabili e normative in applicazione dei Regolamenti europei e successive Decisioni S1 (riguardante la tessera europea di assicurazione e malattia), S11 (riguardante le procedure di rimborso al costo effettivo ed a forfait mensile), S6 (concernente l'iscrizione nello Stato membro di residenza e la compilazione degli inventari).

Sono stati così definiti puntualmente i compiti del Ministero, delle Regioni e delle Aziende sanitarie e le modalità per il monitoraggio delle attività di fatturazione attiva e passiva rendicontate attraverso il sistema NSIS ASPE "Assistenza sanitaria per i paesi esteri" che le Aziende sanitarie implementano con il caricamento delle fatture a credito e la verifica di quelle a debito secondo le tempistiche stabilite. L'Accordo è stato recepito con DGR n. 700 del 5 maggio 2023

Dal 1° luglio 2019 le Aziende inoltre utilizzano la rete telematica di interscambio di informazioni di sicurezza sociale in Europa (EESSI)/RINA per quanto riguarda lo scambio della modulistica attestante il diritto all'assistenza oltre che per eventuali altre esigenze di informazioni tra Istituzioni competenti e Casse estere ai sensi dell'articolo 4 del Reg. CE 987/2009. Lo scambio dei dati relativi alla mobilità dei cittadini ed in particolare all'assistenza sanitaria e al welfare in ambito europeo avverrà, con successivi step di implementazione, esclusivamente per via telematica attraverso il progetto informatico curato dalla Commissione Europea (Progetto EESSI).
Le Aziende sanitarie in qualità di Istituzione competente sono invitate a svolgere la funzione di nodo di arrivo e di partenza delle singole richieste veicolate dalla rete EESSI.

Il Ministero ha rilasciato lo sviluppo dei book finanziari 19 e 21 sull'applicativo NSMI EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) che sostituirà nel tempo ASPE UE per lo scambio di fatturazione con l'estero. Il Ministero prevede la lavorazione sul vecchio sistema ASPE UE fino a conclusione delle fatturazioni e verifiche ivi già presenti e supportate da tale sistema e questo può richiedere un periodo prolungato anche di qualche anno fino a dismissione e di iniziare l'implementazione del nuovo sistema di fatturazione NSMI EESSI con i caricamenti dei crediti e le verifiche dei debiti per gruppi di Paesi.
Pertanto anche nel 2027 convive una doppia modalità di gestione in parallelo del fatturato internazionale sui due sistemi succitati non essendo prevista la possibilità di trasferimento automatico tra il sistema di dismissione e il nuovo.
Le Aziende e Insiel saranno informate e adotteranno le specifiche fornite dal Ministero per interagire su NSMI EESSI.
Per i Paesi in Convenzione non sono previste variazioni e le Aziende continuano ad utilizzare ASPE C.

Le Aziende sanitarie curano l'organizzazione degli Uffici dedicati alla mobilità internazionale che, in considerazione della complessa normativa di settore, interagiscono sia in ambito nazionale che europeo attraverso i flussi informativi da e per le Istituzioni e i cittadini sia nel rispetto dei Regolamenti Comunitari che della Direttiva

2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

17.2.4 Acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati

Per l'acquisto delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da privati accreditati nell'esercizio 2027, le Aziende sanitarie applicano l'Accordo regionale per il periodo 2026–2028, approvato con DGR n. 1236 del 12 settembre 2025.
In attuazione delle indicazioni del Ministero dell'economia e delle finanze relative al d.lgs. 118/2011, la Regione ha riclassificato contabilmente il finanziamento assegnato agli enti del SSR. Per effetto della riclassificazione, la voce AA0030, assunta a riferimento per il calcolo del budget, passa da euro 2.889.434.616,00 nel 2026 a euro 2.798.171.677,49 nel 2027.
Per neutralizzare gli effetti della riclassificazione e garantire la continuità delle attività programmate, è confermato per il 2027 il budget complessivo di euro 147.939.052,34, composto dalla quota base di euro 123.667.190,90, dalla quota per mobilità sanitaria attiva extraregionale di euro 20.463.000,00 (che resta attribuita ai singoli erogatori secondo i valori storici del 2011, come previsto dall'Accordo stesso) e da una quota aggiuntiva di euro 3.808.861,44.
Il budget così determinato è autorizzato, ai sensi dell'articolo 4, comma 5, dell'Accordo, nel rispetto del limite massimo del 6%, delle disponibilità finanziarie e delle condizioni previste dall'articolo 34, comma 3, della legge regionale 22/2019.
Le Aziende sanitarie recepiscono le risorse assegnate negli accordi contrattuali annuali, definendo tipologie e volumi delle prestazioni in coerenza con i fabbisogni e le priorità regionali di riduzione delle attese e della mobilità passiva, e ne monitorano l'erogazione, l'appropriatezza, la qualità e il rispetto dei limiti di spesa.

17.2.1 Integrazione sociosanitaria

La tabella di ripartizione delle risorse afferenti all'assistenza sociosanitaria ha l'obiettivo di pervenire a una più chiara e coerente quantificazione e attribuzione del finanziamento rispetto ai costi effettivi sostenuti dalle Aziende sanitarie nelle diverse aree di intervento.
Gli importi indicati nella predetta Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI SSR al punto 16.2-Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni del paragrafo 16- LE RISORSE FINANZIARIE e assegnati agli Enti del SSR per il finanziamento delle prestazioni sociosanitarie nelle diverse aree di intervento costituiscono una indicazione programmatica per l'utilizzo delle relative risorse alla quale le Aziende devono attenersi nella predisposizione del bilancio di previsione. Pertanto, gli importi indicati nella tabella rappresentano il valore minimo dei costi da iscrivere nel bilancio preventivo a fronte dei relativi finanziamenti.
Al fine di garantire la tracciabilità e dare evidenza dell'effettiva correlazione tra le risorse assegnate e i costi sostenuti, nella relazione economico-finanziaria le Aziende devono riportate una specifica tabella informativa nella quale sono indicati, per ciascuna linea di finanziamento, i conti di bilancio sui quali sono stati imputati i relativi costi, con evidenza dei corrispondenti importi.

17.2.1.1 Copertura quota sanitaria nei servizi per anziani non autosufficienti e sperimentazioni

Con riferimento alle procedure di assegnazione delle risorse, i contributi verranno erogati direttamente alle Aziende che provvederanno a garantire il ristoro dei costi per la copertura della quota sanitaria "abbattimento retta", sia nelle strutture residenziali che nei servizi semiresidenziali.
Per l'anno 2027, della quota complessiva relativa alla copertura della quota sanitaria nelle residenze per anziani stanziata sul capitolo di spesa 4499, pari a euro 72.100.000, il 2% (pari a euro 1.442.000) viene destinato alle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria come previsto dalla DGR 1376/2024, che definisce altresì i criteri di riparto di tali risorse tra le Aziende sanitarie.
La restante quota delle risorse stanziate sul capitolo di spesa 4499, pari a euro 70.658.000, destinata alla copertura

della quota sanitaria ("abbattimento retta") nelle residenze per anziani e alla quota sanitaria del budget di salute di cui alla DGR 1624/2019, viene assegnata per intero e ripartita in base al numero di posti letto convenzionati nelle residenze per anziani di ogni azienda sanitaria comprensivi di ulteriori convenzionamenti attivati nel corso del 2026 e alle giornate di presenza nell'anno 2025 nelle sperimentazioni di Abitare Inclusivo attive in Regione.
Per l'anno 2027, la quota complessiva relativa alla copertura della quota sanitaria nei servizi semiresidenziali stanziata sul capitolo di spesa 8408, pari a euro 2.000.000, viene assegnata per intero e ripartita in base alla presenza media mensile nel periodo gennaio – giugno 2026 (dato SIRA-FVG) nei servizi semiresidenziali attivi in Regione, e alla prevista attivazione di nuovi convenzionamenti nel corso dell'anno 2026.

17.2.1.2 Oneri sanitari nei servizi per anziani non autosufficienti

Per i posti letto per i quali è prevista la copertura della quota sanitaria (abbattimento retta), è riconosciuto anche il contributo per gli oneri sanitari.
L'importo di euro 39.380.055, che ricomprende le risorse che negli anni precedenti erano previste nel fondo indistinto e quelle stanziate sul capitolo 7788, è ripartito tra le Aziende sulla base del finanziamento storico e sulla previsione di nuovi convenzionamenti.
Si conferma che per l'anno 2027, i convenzionamenti con Residenze per autosufficienti (ex Case albergo) già in essere ed effettuati ai sensi della DGR 2089/2006 possono essere rinnovati con le medesime modalità, in continuità con l'anno 2026.

17.2.2 Fondo assicurativo

Nelle quote relative all'ulteriore fabbisogno è previsto ed assegnato ad ARCS il finanziamento copertura del maggiore costo determinato dall'evoluzione delle stime dei rischi ritenuti probabili, basata sulle conoscenze insorte nell'esercizio corrente, anche su sinistri pregressi, in virtù di nuovi elementi intervenuti o di fatti modificatisi e quindi comunque ascrivibili per competenza all'esercizio corrente.
In continuità con i principi consolidati di responsabilizzazione delle Aziende sanitarie alla corretta gestione del rischio clinico e tenendo in considerazione che il riassetto aziendale del SSR, conseguente all'applicazione della legge regionale 27/2018, comporta una necessaria revisione dei criteri di riparto finora utilizzati, l'eventuale eccedenza tra l'accantonamento necessario all'adeguamento del Fondo rischi per franchigia assicurativa, determinato come sopra descritto, e il finanziamento all'uopo finalizzato, verrà ripartito fra gli Enti del SSR, così come costituiti al 01/01/2020, sulla base della compartecipazione percentuale al rischio probabile generato.

17.2.3 Iscrizione a bilancio aziendale di previsione di altri specifici contributi di finanziamento regionale

In relazione al finanziamento per la Nuova centrale tecnologica e Centro servizi e laboratori in utilizzo presso l'Ospedale Santa Maria della Misercordia di Udine, l'Azienda ASUFC è autorizzata ad appostare nel proprio bilancio di previsione per l'anno 2027 l'importo di Euro 5.949.653,00 quale quota annuale del contributo vincolato richiesto e già concesso ai sensi dell'art. 8, comma 36, della l.r. n. 14/2018; la copertura finanziaria regionale nel bilancio regionale pluriennale per l'anno 2027 è posta a valere sulla Missione 13 – Tutela della Salute, Programma 5 – Servizio Sanitario regionale – Investimenti sanitari, Titolo 1 – spese correnti, capitolo di spesa 4358.

17.2.4 Note di accredito

Con riferimento alle note di accredito relative al *Pay-Back* farmaci, si ricorda che le aziende dall'1.1.2019 devono iscrivere tali documenti in diminuzione dei relativi costi dell'anno di ricevimento delle stesse.

17.2.5 Incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato

I vigenti CCNL del personale del comparto e delle aree dirigenziali del SSN, nell'ambito della disciplina relativa ai fondi contrattuali, stabiliscono le modalità di determinazione dei fondi per la retribuzione di produttività/risultato. Si fa riferimento, in particolare all'articolo 52, comma 5 lett. b), dei CCNL 08/06/2000 di entrambe le aree dirigenziali (confermato dai CCNL intervenuti successivamente) e all'articolo 30, comma 3, lettera c) del CCNL comparto del 19/04/2004 (confermato dai CCNL intervenuti successivamente), laddove prevedono l'incremento dei fondi di risultato/produttività dell'1% (come tetto massimo) del monte salari 1997 e 2001 (rispettivamente per la dirigenza e per il comparto) e lo 0,22% per la dirigenza PTA, sulla base del consuntivo dell'anno precedente, in presenza di avanzi di amministrazione o pareggio di bilancio, ovvero della realizzazione annuale di programmi finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio.
Qualora l'Azienda preveda una stima di chiusura dell'esercizio non in equilibrio in sede di redazione dei report infrannuali *ex* articolo 44 della legge regionale n. 26/2015 e s.m.i., l'accantonamento di cui sopra dovrà essere finalizzato al rientro della perdita e al raggiungimento del pareggio di bilancio.

17.2.6 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione

In continuità con l'attività svoltasi negli esercizi precedenti, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità proseguirà anche nel 2027 l'attività di circolarizzazione e raccordo tra le scritture contabili delle Aziende del SSR e della Regione attraverso la trasmissione degli atti di assegnazione/erogazione delle risorse adottati sul bilancio regionale e la successiva verifica della corretta ed uniforme iscrizione a bilancio degli stessi.
La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità impartisce le indicazioni circa la corretta contabilizzazione delle poste di debito e credito degli Enti del SSR nei rapporti finanziari di parte corrente con la Regione.

17.2.7 Piattaforma Certificazione Crediti

La corretta gestione della Piattaforma per la certificazione crediti viene trimestralmente ed annualmente monitorata dal Tavolo degli adempimenti del MEF in considerazione della procedura d'infrazione aperta verso l'Italia dall'Unione Europea.
A tal proposito il Ministero ha più volte sottolineato come le aziende del SSN devono provvedere alla corretta e tempestiva alimentazione della Piattaforma riducendo la differenza tra il dato del debito scaduto comunicato e quello calcolato dalla PCC. Questa differenza, che scaturisce da mancate o non complete contabilizzazioni di fatture, riferite anche ad anni pregressi, deve essere colmata ed è pertanto necessario che gli Enti, qualora rappresentino degli scostamenti significativi, provvedano all'opportuno aggiornamento dei dati in PCC. Di un tanto verrà chiesto di dare evidenza nell'ambito dei report trimestrali di cui all'articolo 57 della legge regionale 22/2019 e s.m.i.
In primis, occorre richiamare le disposizioni del Dlgs. n 231/2002, secondo il quale i debiti commerciali (non solo fatture ma anche richieste equivalenti di pagamento) devono essere pagati di norma entro 30 giorni (60 giorni per il SSN) o al massimo entro 60 giorni per oggettive motivazioni scritte a meno che il debitore non dimostri che il ritardo è dovuto a cause a lui non imputabili (articoli 4 e 5 del Dlgs. 231/2002).
Sulla base di queste brevi considerazioni si evince che:

1. in Piattaforma devono essere caricate non solo le fatture ricevute mediante "SDI", ma anche le richieste equivalenti di pagamento (articolo 1 del Dlgs. n. 231/2002 e articolo 7-bis del DL 35/2013);
2. l'Iva "split" è un debito non commerciale e, pertanto, non confluisce nel calcolo dello stock del debito, né dell'Indice di ritardo;
3. i tempi di sospensione per adempimenti normativi o debiti in contenzioso o in contestazione devono essere comunicati in Piattaforma al fine del corretto calcolo dell'Indice di ritardo dei pagamenti.

Oltre a queste considerazioni, va poi tenuto conto del funzionamento della Piattaforma, che prevede che:

1. la scadenza automatica del pagamento è a 30 giorni (60 giorni per il SSN) data emissione fattura, quindi, per le fatture a 60 giorni deve essere comunicata la corretta data scadenza in OPI (obbligatoria dal 1° luglio 2020);
2. le scadenze di fatture superiori a 60 giorni dalla data di ricevimento non sono, in alcun caso, ammissibili;
3. la data "decorrenza pagamento" è di norma la data emissione fattura, che per le fatture elettroniche coincide con la data contenuta nella ricevuta di consegna;
4. i debiti caricati hanno di default la natura di debiti commerciali se non diversamente comunicato;
5. il calcolo dell'Indice di ritardo è annuale e trimestrale e viene calcolato sulla base dei dati presenti al 31 dicembre.

Oltre a ciò, va aggiunto anche che le note di credito, di norma, non si agganciano automaticamente alle relative fatture con effetto neutro ai fini del calcolo dello stock del debito, ma con effetti negativi per il calcolo del ritardo dei pagamenti in quanto risultano non pagate le fatture stornate. Pertanto, ai fini della corretta gestione della "PCC" e del calcolo dei relativi Indici, occorre che prima della chiusura dell'esercizio (31 dicembre), nei tempi utili per l'aggiornamento del Sistema (15 giorni) – raccomandato, almeno per gli Enti che presentano un Indice di ritardo critico – l'Ente verifichi che:

1. siano stati comunicati i tempi di sospensione quando dovuto (si rammenta che la funzionalità web della Piattaforma permette di aggiornare tempi di sospensione anche per le fatture già pagate);
2. sia stata correttamente comunicata la data di scadenza delle fatture mediante OPI e, in particolare, per le fatture antecedenti al 1° luglio 2020 e per quelle a 60 giorni che al 31 dicembre risulterebbero scadute;
3. le fatture stornate e relative note di credito vengano chiuse;
4. le fatture ancora in lavorazione per pochi centesimi vengano chiuse;
5. siano stati caricati e correttamente contabilizzati tutti i debiti commerciali, richieste equivalenti di pagamento comprese.

Nell'ambito dei report periodici di cui all'art. 44 della legge regionale 26/2015 verrà richiesto agli enti del SSR di dare evidenza del corretto allineamento e dello smaltimento dello stock di debito rilevato dalla PCC e riferito agli esercizi pregressi.

Si rimanda, infine, alla circolare MEF n. 36 del 08/11/2024 in ordine alle linee guida per l'individuazione delle fatture di natura commerciale, per il corretto utilizzo della facoltà prevista dall'art. 4, comma 4, del D. Lgs n. 231/2002, nonché per gli adempimenti degli organi di controllo della regolarità amministrativa e contabile, in ordine al corretto utilizzo della predetta facoltà.

17.2.8 Pubblicazione degli atti delle Aziende sanitarie regionali

Anche al fine di permettere le opportune verifiche e i necessari riscontri in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità in ordine alle funzioni svolte dai collegi sindacali, si ricordano gli obblighi di pubblicazione degli atti sull'albo pretorio *on-line*, di cui alla sezione "Pubblicità legale" dei siti aziendali, in ragione delle modalità e tempistiche sancite dall'articolo 4 della legge regionale 21 luglio 1992, n. 21 (Norme per il controllo e la vigilanza sulle Unità sanitarie locali in attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e altre disposizioni in materia sanitaria e concernenti lo stato giuridico del personale regionale") e dall'articolo 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).
Per agevolare in termini temporali le attività di controllo e verifica poste in capo alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, gli Enti del SSR trasmettono i propri provvedimenti di adozione dei bilanci d'esercizio

preventivi e consuntivi, nonché dei report trimestrali ex articolo 44 della legge regionale 26/2015, come novellato dall'articolo 47 della legge regionale 22/2019 e s.m.i. anche alla Direzione centrale medesima, oltre all'ARCS, corredando detto invio dai relativi documenti in formato editabile.

17.2.9 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale

Ai sensi dell'art. 44, comma 4, della legge regionale legge regionale 10 novembre 2015, n. 26, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute utilizza i rendiconti di cui al comma 3 dello stesso articolo al fine del progressivo controllo sull'andamento degli enti del Servizio sanitario regionale rispetto al piano attuativo di cui all'articolo 32 della legge regionale n. 26/2015 e produce trimestralmente alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un rapporto complessivo del Servizio sanitario regionale, anche in relazione agli investimenti entro 30 gg. dalla scadenza dei termini di cui al comma 3 del citato articolo.

17.2.10 Procedimento e termini per l'approvazione dei Piani attuativi degli Enti e per il loro consolidamento regionale per l'anno 2027

In analogia all'art. 52 della legge regionale n. 22/2019 e secondo secondo quanto previsto come tempistica da tale norma, tenuto conto dei tempi di approvazione del presente documento *Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2027* gli Enti del Servizio sanitario regionale sono tenuti a procedere entro il 30 dicembre 2026 alla definitiva approvazione da parte del Direttore generale del Piano attuativo annuale, di cui agli articoli 32 e 41 della l.r. n. 26/2015, per l'anno 2027.
Nell'ambito della procedura di consolidamento regionale di cui agli articoli 52 e 53, comma 3, della l.r. n. 22/2019, ARCS trasmette alla DCS la propria proposta di "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale" per l'anno 2027 entro il 30 gennaio 2027.

ABBREVIAZIONI E ACRONIMI UTILIZZATI

AGENAS	Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AIFA	Agenzia italiana del farmaco
ARCS	Azienda regionale di coordinamento per la salute
ASFO	Azienda sanitaria Friuli Occidentale
ASUFC	Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
ASUGI	Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina
BERSAGLIO	Sistema di valutazione della performance dei Sistemi sanitari delle Regioni aderenti al Network gestito dalla Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa - Istituto di Management - Laboratorio Management e Sanità
BURLO	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste
CRO	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano
DCS	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
INSIEL	INSIEL - Informatica per il Sistema degli Enti Locali S.p.A. (o, in breve, INSIEL S.p.A.), società ICT in house della Regione Friuli Venezia Giulia interamente a partecipazione pubblica
LEA NSG	Insieme di indicatori previsto dal decreto 12 marzo 2019 del Ministero della salute, di concerto con il MEF (*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*) per la valutazione sintetica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza
MAP	Medici del ruolo unico di assistenza primaria previsto dall'articolo 31 dell'*Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni –triennio 2022-2024* approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 15 gennaio 2026
MMG	Medici di medicina generale - professionisti sanitari di cui all'art. 8, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
PDTA	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale - sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita
PLS	Pediatri di libera scelta - professionisti sanitari di cui all'art. 8, comma 1, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
ROR	Rete Oncologica Regionale del Friuli Venezia Giulia
SORES	Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE