

Delibera n° 2052

Estratto del processo verbale della seduta del
30 dicembre 2024

oggetto:

LR 22/2019. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2025. APPROVAZIONE DEFINITIVA. FINANZIAMENTO AGLI ENTI DEL S.S.R PER L'ANNO 2025 - ASSEGNAZIONE E EROGAZIONE IN VIA PROVVISORIA.

Massimiliano FEDRIGA	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Mario ANZIL	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Cristina AMIRANTE	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Sergio Emidio BINI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Sebastiano CALLARI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Riccardo RICCARDI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Pierpaolo ROBERTI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Alessia ROSOLEN	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Fabio SCOCCIMARRO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Stefano ZANNIER	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Barbara ZILLI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Gianni CORTIULA Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Vista la legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 recante “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006” e ss.mm.e ii.;

Vista la legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 recante “Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale”, in particolare all'articolo 3;

Visto l'articolo 50, comma 1, della l.r. n. 22/2019, dove si prevede che la Giunta regionale nelle “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale” individua gli obiettivi annuali e le modalità per la valutazione del loro raggiungimento, nell'ambito delle risorse disponibili per il finanziamento degli enti sulla base del bilancio regionale di previsione finanziaria triennale, nonché i criteri di finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale;

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso ufficialmente alla Commissione europea dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 30 aprile 2021 ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 e approvato definitivamente con Decisione di esecuzione del Consiglio il 13 luglio 2021, e in particolare la sua Missione 6, dedicata alla Salute;

Visto il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) della Regione Friuli Venezia Giulia, conclusivamente sottoscritto dalle parti in data 30 maggio 2022 e oggetto di provvedimento del Ministero della Salute n. 1067 del 31 maggio 2022, successivamente registrato dalla Ragioneria generale dello Stato in data 16 giugno 2022, in seguito a positivo riscontro preventivo amministrativo contabile, e il documento “Piano operativo regionale” ad esso allegato, relativo agli interventi di cui alla Missione 6 del PNRR a titolarità del Ministero della Salute e la cui attuazione è competenza della Regione Friuli Venezia Giulia;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato sul supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.65 di data 18 marzo 2017 il quale definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 comma 7 del D.Lgs 502/1992;

Visto il decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, di adozione del “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale” (di seguito, DM 77);

Richiamato il documento di attuazione a livello regionale del citato DM 77 “PNRR M6. Programma regionale dell'assistenza territoriale”, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 2042 del 29 dicembre 2022;

Visto il decreto-legge 7 giugno 2024, n.73, recante “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie” convertito in legge con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107;

Visto il testo del disegno di legge regionale n. 33 (“Bilancio di previsione per gli anni 2025-2027”), presentato dalla Giunta regionale il 15 novembre 2024, approvato senza modificazioni dal Consiglio regionale in data 13 dicembre 2024 e non ancora promulgato, nonché il testo del disegno di legge regionale n. 32 (“Legge di stabilità 2025”), presentato dalla Giunta regionale il 15 novembre 2024, approvato con modificazioni dal Consiglio regionale in data 13 dicembre 2024 e non ancora promulgato;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1871 del 6 dicembre 2024 di approvazione, in via preliminare, delle “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2025” (di seguito indicate anche sinteticamente come LINEE);

Visto l'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12, recante “Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali”;

Visto il comma 2 del citato art. 50 della l.r. n. 22/2019 nella parte in cui prevede che le Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale sono adottate dalla Giunta regionale previo parere del Consiglio delle autonomie locali (CAL) ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 12/2015;

Visto l'estratto n.56/2024 del processo verbale della riunione n. 24 del giorno 23 dicembre 2024 del CAL e considerato, ai sensi dell'art. 9 della l.r. n. 12/2015, il parere favorevole espresso a maggioranza, con richiesta di modifiche, da tale Organo sul documento approvato in via preliminare con la citata deliberazione n. 1871 del 6 dicembre 2024;

Visto l'Accordo del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "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" (Rep. atti n. 137/CU);

Considerato che, nel corso della suddetta seduta del CAL, dallo stesso è stata avanzata, in relazione a quanto previsto al punto A.2.10-Rete neonatologica e punti nascita del documento esaminato, una richiesta di modifica collegata all'opportunità ravvisata dal CAL di richiedere al Ministero della Salute un'espressa autorizzazione che consenta di mantenere in attività i punti nascita presso le strutture delle Sedi dei Presidi ospedaliero di Tolmezzo e Latisana anche in presenza di volumi di attività inferiori ai 500 parti annui nel 2024, anche in deroga a quanto previsto dal citato Accordo della Conferenza Unificata Rep. atti n. 137/CU del 2010;

Ravvisata l'opportunità di accogliere la richiesta presentata dal CAL di procedere a formalizzare nei confronti del Ministero della Salute la citata richiesta di autorizzazione in deroga e, conseguentemente ritenuto opportuno di riformulare nelle LINEE il *Target* per l'obiettivo di cui al codice A.2.10.a del punto A.2.10-Rete neonatologica e punti nascita nel seguente: "Sono attivi i punti nascita solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali che la Regione Friuli Venezia Giulia chiederà per i punti nascita di Tolmezzo e Latisana";

Ritenuto, pertanto, di procedere alle modifiche nelle LINEE per l'obiettivo di cui al codice A.2.10.a al punto A.2.10-Rete neonatologica e punti nascita nei sensi sopra esposti;

Visto il documento di programmazione per l'anno 2024 "Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2024" approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 48 del 19 gennaio 2024, in particolare al punto 12.2 Fabbisogno sanitario e finanziamento per popolazione e per funzioni, Tabella 1 - Fabbisogno Enti S.S.R. 2024, dettaglio relativo all'Integrazione Sociosanitaria;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1926 del 13 dicembre 2024 di approvazione di variazioni al "Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale – anno 2024" già approvato con d.g.r. n. 1446 del 4 ottobre 2024, in particolare nel suo Allegato 2 - Finalizzazioni regionali fondo e finalizzazioni regionali extra fondo - anno 2024 alla Tabella 1 – Finalizzazioni regionali fondo per l'anno 2024, riga 20, e alla Tabella 3– Finalizzazioni regionali extra fondo per l'anno 2024, righe 22 mod e 22 bis;

Considerata la presenza di errori materiali all'interno del documento costituente le LINEE, relativamente a:

- dati di programmazione di attività nel 2025 da svolgersi in continuità con quanto già operato nell'anno 2024, ma che, diversamente, non sono stati esposti e finanziati similmente a quanto già operato per tali attività nei documenti di programmazione per l'anno 2024 di cui alle dd.g.r. n. 48 e n. 1926 del 2024 sopra citate, con necessario adeguamento anche dei subtotali e totali delle tabelle che tali valori considerano per l'anno 2025;
- obiettivo aziendale 5.6.a contenuto al punto 5.6 (Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica) delle LINEE, dove per errore non è stato riportato anche il dettaglio: Classe H quale categoria farmaceutica interessata dalle procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci per tutte le aziende sanitarie;

Valutata la natura materiale degli errori sopra menzionati operati in sede redazionale nelle LINEE;

Ritenuto necessario provvedere alla correzione dei citati errori materiali all'interno delle suddette LINEE, operandone la rettifica;

Ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione definitiva del documento *Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2025* nel testo allegato alla presente deliberazione;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1446 del 4 ottobre 2024 ad oggetto "LR 22/2019. Piano attuativo e bilancio preventivo economico annuale consolidato degli Enti del Servizio sanitario regionale – anno 2024. Approvazione", in particolare in relazione a quanto previsto nel suo Allegato 4 - *Quadro riassuntivo delle risorse iscritte nel bilancio regionale e delle erogazioni regionali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale - Anno 2024*;

Visto il "Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali" approvato con decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/pres., e successive sue modifiche e integrazioni;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n.893 del 19 giugno 2020 con cui è stata approvata l' "Articolazione organizzativa generale dell'Amministrazione regionale e l'articolazione e la declaratoria delle funzioni delle strutture organizzative della Presidenza della Regione, delle Direzioni centrali e degli Enti regionali", e successive sue modifiche e integrazioni;

Considerato che, nelle more della quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali operata in sede di approvazione del bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2025, è necessario garantire i flussi finanziari a favore degli Enti del Servizio sanitario regionale per salvaguardarne operatività e regolare funzionamento;

Ritenuto, pertanto, di autorizzare, fino all'adozione del bilancio preventivo economico annuale consolidato del S.S.R. per l'esercizio 2025 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la Struttura competente ad assegnare ed erogare, in via provvisoria e salvo conguaglio, agli Enti del Servizio sanitario regionale quote mensili calcolate in analogia al riparto del Fondo sanitario nazionale, dove i valori annuali della mobilità extraregionale di competenza dell'esercizio vengono computati con un meccanismo che prevede l'applicazione sull'esercizio di una quota in acconto stimata, conguagliata una volta disponibili i dati definitivi e che, conseguentemente, nella quantificazione delle quote mensili provvisorie di finanziamento indistinto calcola i valori della mobilità interregionale di competenza dell'esercizio, attraverso l'applicazione sull'esercizio di una quota di acconto stimata pari alla quota di finanziamento regionale dell'anno precedente, come da approvazione del bilancio preventivo economico annuale consolidato per l'anno 2024;

Ritenuto, inoltre, di autorizzare l'erogazione, in via provvisoria e salvo conguaglio, agli IRCCS in un'unica soluzione del 50% della quota del finanziamento finalizzato regionale extra fondo vincolata alla ricerca;

Ritenuto, pertanto, di autorizzare l'erogazione, in via provvisoria e salvo conguaglio, delle quote mensili del finanziamento di parte corrente agli Enti del S.S.R. negli importi già disposti per l'esercizio 2024 dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1446 del 4 ottobre 2024, in particolare nel suo Allegato 4 - *Quadro riassuntivo delle risorse iscritte nel bilancio regionale e delle erogazioni regionali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale - Anno 2024*, nonché di autorizzare l'erogazione, in via provvisoria e salvo conguaglio, agli IRCCS in un'unica soluzione del 50% della quota del finanziamento finalizzato regionale extra fondo vincolata alla ricerca pure disposta per l'esercizio 2024 dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1446 del 4 ottobre 2024, così come riportati nelle seguenti tabelle:

Ente	Finanziamento indistinto e funzioni + riequilibrio + maggiore fabbisogno LEA + mobilità intraregionale Ex DGR 1446 dd 04/10/2024	Erogazione mensile gennaio-novembre	Erogazione dicembre a conguaglio
Azienda sanitaria "Friuli Occidentale"	477.098.554,23	39.758.213,00	39.758.211,23
Azienda sanitaria universitaria "Friuli Centrale"	1.076.142.297,01	89.678.525,00	89.678.522,01
Azienda sanitaria universitaria "Giuliano Isontina"	756.135.302,80	63.011.275,00	63.011.277,80
IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste	49.846.926,82	4.153.911,00	4.153.905,82
IRCCS "CRO" di Aviano	60.373.764,97	5.031.147,00	5.031.147,97
Azienda regionale di coordinamento per la salute	22.777.653,44	1.898.138,00	1.898.135,44

Ente	Finanziamento indistinto e funzioni + riequilibrio + maggiore fabbisogno LEA + mobilità intraregionale Ex DGR 1446 dd 04/10/2024	Erogazione mensile gennaio-novembre	Erogazione dicembre a conguaglio
TOTALE	2.442.374.499,27	203.531.209,00	203.531.200,27

AZIENDA	CONTRIBUTI FINALIZZATI DA REGIONE EXTRA FONDO VINCOLATA A RICERCA IRCCS	Erogazione quota 50%
IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste	9.297.000,00	4.648.500,00
IRCCS "CRO" di Aviano	9.297.000,00	4.648.500,00
TOTALE	18.594.000,00	9.297.000,00

Tutto ciò premesso

Su proposta dell'Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità

La Giunta regionale, all'unanimità

DELIBERA

1. di approvare in via definitiva il documento "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2025" di cui all'art. 50, comma 1, della l.r. 12 dicembre 2019, n. 22, nel testo allegato alla presente deliberazione della quale forma parte integrante e sostanziale;
2. di autorizzare il Direttore dell'Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ad assegnare ed erogare, in via provvisoria e salvo conguaglio, mensilmente con proprio decreto agli Enti del Servizio sanitario regionale l'importo complessivo su base annua di Euro 2.442.374.499,27, ripartito tra gli stessi Enti come di seguito indicato:

Ente	Finanziamento indistinto e funzioni + riequilibrio + maggiore fabbisogno LEA + mobilità intraregionale Ex DGR 1446 dd 04/10/2024	Erogazione mensile gennaio-novembre	Erogazione dicembre a conguaglio
Azienda sanitaria "Friuli Occidentale"	477.098.554,23	39.758.213,00	39.758.211,23
Azienda sanitaria universitaria "Friuli Centrale"	1.076.142.297,01	89.678.525,00	89.678.522,01
Azienda sanitaria universitaria "Giuliano Isontina"	756.135.302,80	63.011.275,00	63.011.277,80
IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste	49.846.926,82	4.153.911,00	4.153.905,82

Ente	Finanziamento indistinto e funzioni + riequilibrio + maggiore fabbisogno LEA + mobilità intraregionale Ex DGR 1446 dd 04/10/2024	Erogazione mensile gennaio-novembre	Erogazione dicembre a conguaglio
IRCCS "CRO" di Aviano	60.373.764,97	5.031.147,00	5.031.147,97
Azienda regionale di coordinamento per la salute	22.777.653,44	1.898.138,00	1.898.135,44
TOTALE	2.442.374.499,27	203.531.209,00	203.531.200,27

3. di autorizzare il Direttore dell'Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico della Direzione centrale salute, politiche sociale e disabilità ad assegnare ed erogare, in via provvisoria e salvo conguaglio, agli IRCCS con proprio decreto e in un'unica soluzione il 50% della quota del finanziamento regionale vincolato alla ricerca per l'importo approvato per l'esercizio 2024 con deliberazione della Giunta regionale n. 1446 del 4 ottobre 2024 come di seguito indicato:

AZIENDA	CONTRIBUTI FINALIZZATI DA REGIONE EXTRA FONDO VINCOLATA A RICERCA IRCCS	Erogazione quota 50%
IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste	9.297.000,00	4.648.500,00
IRCCS "CRO" di Aviano	9.297.000,00	4.648.500,00
TOTALE	18.594.000,00	9.297.000,00

4. di prevedere che le quote dei trasferimenti di parte corrente di cui ai precedenti punti 2 e 3 possano essere suddivise tra gli Enti del Servizio sanitario regionale in base alle effettive necessità che gli stessi presenteranno nei primi mesi dell'anno 2025, fatto salvo il conguaglio delle somme assegnate una volta adottato il provvedimento giuntale di approvazione del bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2025.

IL PRESIDENTE
IL SEGRETARIO GENERALE

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 2052 DEL 30 DICEMBRE 2024

**LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2025**

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

Le presenti Linee annuali per la gestione del Sistema sanitario regionale 2025 intendono fornire 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 che devono essere garantiti in adempimento della normativa statale e regionale e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, nonché 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.

LINEE DI GESTIONE – OBIETTIVI PRIORITARI STRATEGICI

Per l'anno 2025 si proseguirà con le attività di rafforzamento del governo clinico regionale, attraverso tre macro aree strategiche prioritarie, che saranno oggetto della prima parte di questo documento, per ciascuna delle quali sono previste differenti linee e diverse azioni strategiche, munite di obiettivi e indicatori.

Le macro aree strategiche prioritarie sono le seguenti::

- A. RETI CLINICHE
- B. STANDARD DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E OSPEDALIERA
- C. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

Lo scenario, a livello nazionale e regionale, impone infatti di concentrare il più possibile sforzi e risorse sugli snodi fondamentali del sistema, da un lato per dare una pronta risposta assistenziale nel presente, dall'altro per prepararsi alle sfide del futuro. A questa duplice e convergente direzione conduce l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale, avviata dal PNRR e definita, a livello nazionale, dal DM 77/2022, regolamento che, nel definire modelli e standard dell'assistenza territoriale, si affianca al DM 70/2015, dedicato agli standard dell'assistenza ospedaliera, nel dare corpo ai livelli assistenziali, i LEA. Ma la regolazione non basta: per garantire gli standard occorrono strutture e infrastrutture, come ad esempio quelle finanziate dal PNRR, che proprio tra fine 2025 e inizio 2026 traguarda la piena operatività di Ospedali di Comunità, punto di riferimento delle cure intermedie, e Case della Comunità, centro dell'assistenza di prossimità. Ma non solo: Centrali Operative Territoriali, piattaforma di telemedicina, Infermieri di famiglia/comunità, centrale 116117 per le cure mediche non urgenti: sono tutti fattori e snodi di cruciale importanza per lo sviluppo di un sistema assistenziale efficace, centrato sui bisogni della persona, flessibile, che prediliga il domicilio come setting di cura, ed efficiente nell'interconnettere le risorse a disposizione, valorizzando al contempo professionalità e strutture.

Strategica è, quindi, l'implementazione, continua, dinamica, di reti assistenziali capaci di garantire equità, sicurezza, qualità ed efficacia dell'assistenza, mettendo a frutto specializzazioni e punti di forza evitando sprechi e dispersioni, anche accogliendo le indicazioni che emergono dai dati del recente Report 2023 del Piano Nazionale Esiti, presentato il 29 ottobre 2024, i quali illustrano situazioni non sempre omogenee, tra le strutture ospedaliere regionali, e talvolta non soddisfacenti, per quanto riguarda ad esempio il tempestivo trattamento di patologie tempo-dipendenti, nonché una distribuzione a volte pulviscolare dei ricoveri chirurgici oncologici tra i centri operanti in Regione.

Anche per questo la messa a punto di reti e percorsi per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti, in stretta connessione con il sistema dell'emergenza-urgenza, è tema non rinviabile, così come un disegno più efficace della

rete oncologica regionale, che possa trarre il massimo dalle eccezionali professionalità che vi operano. Allo stesso modo, si intendono implementare azioni organizzative per alleviare il carico dei Pronti soccorso, limitando il fenomeno del boarding anche tramite la messa a disposizione di posti letto nei reparti medici e rafforzando l'osservazione breve intensiva anche grazie a percorsi di see and treat.

L'integrazione non è però solo tra centri ospedalieri, ma anche tra questi e il territorio, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa e la lungodegenza post-acuzie, dove vanno gestiti con rinnovata forza aspetti relativi alle transizioni, alla residenzialità, alla domiciliarità, all'interno di un assetto giuridico e organizzativo in mutamento, per poter efficacemente sfruttare i nuovi strumenti già sopra elencati soprattutto laddove, per ragioni orografiche e demografiche, è più difficile assicurare la continuità della cura.

Integrazione tra professionisti, strutture e territorio, attuazione degli standard: macroobiettivi che, man mano che vengono raggiunti, ricadono positivamente sull'indicatore più saliente, la cartina da tornasole dell'effettività dell'assistenza su un determinato territorio: i tempi di attesa, tematica su cui insistono recenti interventi legislativi, in primis il d.l. 73/2024, convertito con modificazioni dalla legge 107/2024, che va ad incidere su tre dimensioni: l'integrazione e la gestione delle agende di prenotazione; il governo della domanda, con il tema dell'appropriatezza prescrittiva; il potenziamento dell'offerta assistenziale, con l'implementazione dei percorsi di garanzia.

Nella seconda parte del documento invece, suddivise per livello assistenziale, si illustrano quelle linee riferite ad attività ordinarie, spesso già previste in normative e piani settoriali, non provviste quindi di aspetti di innovazione o prioritaria rilevanza strategica, la cui prosecuzione e miglioramento, però, sono indispensabili per la crescita del sistema.

L'ultima parte del documento è dedicata, come si è detto, alla definizione dei criteri per la ripartizione del finanziamento regionale come risultante dal bilancio di previsione triennale, nonché dei vincoli e delle regole gestionali.

A. RETI CLINICHE

A.1 Rete oncologica

Nel corso del 2025 gli Enti del SSR dovranno realizzare gli obiettivi che saranno specificati nel Piano di Rete Oncologica, attualmente in fase di presentazione per la sua approvazione da parte della Giunta regionale.

Le priorità di intervento identificate ad oggi sono:

- 1) la strutturazione del Coordinamento in coerenza con le indicazioni nazionali per l'articolazione delle funzioni da rendere disponibili (coordinamento tecnico scientifico; data management; project management; gestione processi e ingegneria gestionale), avvalendosi per il reperimento delle risorse umane necessarie anche della sinergia con le altre Strutture Complesse di ARCS (in particolare di: Gestione Prestazioni Sanitarie e Coordinamento e Controllo delle Reti Cliniche e Coordinamento e Controllo del Governo Clinico Regionale dei Percorsi di Cura e Rete Cure Sicure FVG);
- 2) Ricostituzione del Sistema informativo oncologico regionale, con l'obiettivo di assicurare un regolare flusso informativo che alimenti il Datawarehouse e assicuri la fruizione dei dati occorrenti nelle seguenti aree:
 - Registro Tumori Regionale;
 - Screening regionali;
 - Farmaci;
 - Controllo di gestione:
 - a. Regionale;

- b. Aziendale;
 - c. di singola Struttura;
- 3) Ripristino entro il 31.12.2025 dei posti letto di degenza ordinaria di Oncologia medica presso ASUGI, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale (DGR 1965/2021) e nazionale (DM 70/2015);
- 4) Allineamento aziendale e regionale nell'organizzazione delle attività multidisciplinari e dei percorsi di cura;
- 5) Riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica, con le modalità e nei tempi indicati dal Piano di Rete, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, le evidenze della letteratura scientifica e quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti. In particolare, entro il 31.03.2025, dovranno essere completate le azioni di condivisione tra il COR e le Aziende in previsione
 - a. del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica;
 - b. della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate.

La riorganizzazione dovrà seguire la classificazione delle sedi definita dalla L.R. 22 del 2019, i volumi di attività complessivi e il criterio di migliore prossimità geografica (tempo medio di accesso) per tutti i cittadini del bacino di riferimento.

In attuazione dell'art. 1 del Decreto del Ministero della Salute del 30 maggio 2023 (*Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next generation sequencing (NGS)*) è istituito, nell'ambito della Rete Oncologica Regionale (ROR FVG), il *Molecular Tumor Board* regionale (MTB FVG) presso l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) - SC Coordinamento della Rete Oncologica Regionale (SC ROR), alla quale è demandata l'adozione di tutti gli atti necessari all'attuazione di quanto previsto nel predetto DM Salute 30 maggio 2023.

A.1.1 Rete senologica

In continuità e sviluppo con quanto già disposto nella programmazione delle attività per l'anno 2024 (Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024 – d.g.r. n. 48/2024 – Punto C.2 Rete senologica – obiettivo Lea core H02Z), per l'attività interventistica chirurgica per cancro alla mammella si prosegue nell'adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70. Si programma, pertanto, per l'anno 2025 il consolidamento delle attività svolte nell'anno 2024, anticipando che per l'anno 2026 l'obiettivo che verrà posto agli Enti sarà il pieno adeguamento agli standard posti dal d.m. n. 70/2015 dell'attività interventistica chirurgica per cancro alla mammella, ovvero la determinazione per lo svolgimento di tale attività delle soglie minime di volume di attività individuate in 150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Lea NSG-H02Z	Migliorare la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	> 90% (valore FVG valore 2023 76,04% proiezione 2024 con dati agosto 84,56)	ASFO	> 90% (valore 2023 100,00%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	> 90% (valore 2023 54,4%)		
				ASUGI	> 90% (valore 2023 82,86%)		
				CRO	> 90% (valore 2023 100%)		
Bersaglio H03C	Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 8,0% (valore FVG 2023 9,70%)	ASFO	< 8,0% (valore 2023 9,89%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	< 8,0% (valore 2023 11,49%)		
				ASUGI	< 8,0% (valore 2023 11,79%)		
				CRO	< 8,0% (valore 2023 4,88%)		
Bersaglio C.10.2.2	Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	≥ 80% (valore FVG 2023 77,79%)	ASFO	≥ 80% (valore gen-ago 2024 81,63 %)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	≥ 80% (valore 2024 77,29 %)		
				ASUGI	≥ 80% (valore 2023 75,83 %)		
				CRO	≥ 80% (valore 2023 77,79 %)		

A.2 Altre reti cliniche e pdta

La legge regionale n. 27 del 17.12.2018 ribadisce che le “reti cliniche costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa”. ARCS svolge l'attività di coordinamento e controllo delle reti cliniche attraverso il supporto tecnico, organizzativo e metodologico delle singole reti cliniche garantendo il coordinamento con gli altri Enti del SSR nel rispetto degli indirizzi impartiti dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS).

Il Coordinamento regionale della singola rete ha il compito di garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e dei professionisti coinvolti nella Rete.

Il Piano di Rete, adottato con Decreto del Direttore Generale di ARCS, rappresenta il piano strategico di sviluppo e attività della rete, con relativo cronoprogramma.

Con il termine PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) si indica “una 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 (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o

territoriale, 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,..." (Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021). Esso viene approvato con Delibera della Giunta Regionale.

ARCS nel corso dell'anno 2025 prosegue le attività di coordinamento e controllo di tutte le reti già operative, provvede inoltre a ricondurre alle modalità già attuate da ARCS per il governo delle reti cliniche attivando anche il coordinamento della rete per l'attività di nefrologia, dialisi e trapianti di rene, rete malattie infettive e rete pneumologica, attivando peraltro quest'ultima.

A.2.1 Rete cuore

In attuazione della DGR 1965/2021 entro il 30 aprile 2025 devono essere concentrate le degenze cardiologiche (anche UTIC) del Presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone nella sede di Monfalcone.

Nel corso del 2025 dovrà essere avviata la revisione del registro IMA al fine di adempiere alle necessità di monitoraggio della rete emergenze cardiologiche in ottemperanza a quanto indicato dall'accordo Stato-Regioni rep. 14/CSR del 24 gennaio 2018.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.1.a	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	>= 70% (valore 2023 64,62%)	ASFO	>= 80% (valore 2023 84,71%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 70% (valore 2023 53,13%)		
				ASUGI	>= 70% (valore 2023 72,73%)		
PNE A.2.1.b	Migliorare la tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti (criteri PNE)	≥ 60 %	ASFO	≥ 60 %	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	≥ 60 %		
				ASUGI	≥ 60 %		
A.2.1.c	Aggiornamento del Percorso Diagnostico – Terapeutico (PDTA) scompenso cardiaco	elaborazione del documento di aggiornamento PDTA Scompenso Cardiaco	31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA Scompenso Cardiaco entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS
A.2.1.d	Migliorare il Percorso Diagnostico – Terapeutico (PDTA) dei pazienti con Embolia Polmonare	elaborazione del documento PDTA dei pazienti con embolia polmonare	31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA dei pazienti con embolia polmonare entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.1.e	Migliorare il Percorso Diagnostico – Terapeutico (PDTA) dei pazienti con stenosi aortica	elaborazione del PDTA dei pazienti con stenosi aortica	31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA dei pazienti con stenosi aortica entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS
A.2.1.f	Migliorare il Percorso Diagnostico – Terapeutico (PDTA) dei pazienti in trattamento con VAD	elaborazione del PDTA dei pazienti in trattamento con VAD	31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA dei pazienti in trattamento con VAD entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

A.2.2 Rete trauma

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.2.a	Avviare il percorso di miglioramento della presa in carico del paziente con trauma grave	Elaborazione del PDTA di presa in carico del Trauma Grave	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA di presa in carico del Trauma Grave entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

A.2.3 Rete ictus

Nel corso del 2025 dovrà essere avviata la revisione da parte della DCS con il supporto tecnico di ARCS del registro ictus al fine di adempiere alle necessità di monitoraggio della rete emergenze neurologiche, in ottemperanza a quanto indicato dall'Accordo Stato-Regioni rep. n. 14/CSR del 24 gennaio 2018 (*Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti*).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.3.a	Aggiornamento del Percorso Diagnostico – Terapeutico (PDTA) Ictus fase acuta	Elaborazione del documento PDTA ictus fase acuta	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA ictus fase acuta entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA aggiornato entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS
PNE A.2.3.b	Riduzione delle riammissioni ospedaliere a 30	proporzioni di ricoveri ospedalieri per ictus ischemico seguiti entro	<6%	ASFO	<=6,5% (valore 2023 9,06%)	Monitora e, in caso di criticità,	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	giorni dal trattamento per ictus ischemico (indicatore PNE)	30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario		ASUFC	<=5,7% (valore 2023 5,5%)	promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUGI	<=5,7% (valore 2023 5,67%)		
A.2.3.c	Miglioramento dell'esecuzione della trombolisi endovenosa nei pazienti ricoverati per ictus	% di pazienti ricoverati per ictus che effettuano una trombolisi endovenosa	>=20%	ASFO	>=19% (valore 2023 17,8%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=20% (valore 2023 19,64%)		
				ASUGI	>=20% (valore 2023 20,21%)		
A.2.3.d	Miglioramento dell'esecuzione dell'angio TC nei pazienti sottoposti a terapia riperfusiva	% di pazienti soggetti a terapia riperfusiva che sono stati sottoposti ad Angio TC durante il ricovero	>=90%	ASFO	>=80% (valore 2023 69,12 %)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=90% (valore 2023 87,15%)		
				ASUGI	>=90% (valore 2023 98,37%)		
A.2.3.e	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	>=5%	ASFO	>=5% (valore 2023 1,4)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>=6% (valore 2023 5,89%)		
				ASUGI	>=7% (valore 2023 7,34)		

A.2.4 Rete emergenza-urgenza

A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale

Consolidamento del dipartimento funzionale di emergenza urgenza: tutti gli atti e le procedure che riguardano l'emergenza urgenza devono essere discussi, condivisi e approvati dal dipartimento interaziendale funzionale.

Come previsto nella DGR 2064/2023 nel corso del 2025 ARCS attiverà presso SORES la figura di medico di centrale presente nelle 12 ore diurne e in reperibilità notturna 7 giorni su 7.

Considerata la valenza strategica e sovraaziendale della funzione di centrale operativa di SORES è indispensabile assicurare con continuità il suo corretto funzionamento; pertanto, al fine di garantire la presenza di personale infermieristico in SORES (elemento che nella seconda metà del 2024 ha rappresentato importanti livelli di criticità) è necessario perseguire le seguenti azioni:

- Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS e gli Enti del SSR al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato: centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET). Per il 2025 deve essere garantita la rotazione con il corrispondente scambio di almeno il 30 % del personale di SORES, a tal fine le Aziende del SSR sono responsabili in solido con ARCS nel raggiungimento di tale target.
- Gli Enti assicurano, su richiesta di ARCS, attraverso Piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS almeno 45 giorni prima dell'avvio del turno di servizio, un'adeguata dotazione organica alla SORES. I rispettivi dirigenti infermieristici aziendali concordano le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione.
- Per mantenere stabile e adeguato l'organico di ARCS a servizio della funzione e assicurare la rotazione nel servizio, in presenza di domande di mobilità verso ARCS di personale degli Enti del S.S.R. che chieda di essere assegnato alla SORES gli Enti garantiscono il rilascio del relativo assenso alla mobilità in numero sufficiente alle esigenze tempo per tempo definite da ARCS, fermi rimanendo i poteri di indirizzo e controllo da parte della DCS nei riguardi di ARCS.

Per lo svolgimento delle attività sono, inoltre, specificati i seguenti obiettivi:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.4.1.a	Applicare la procedura di triage telefonico a tutte le chiamate di intervento sanitario	% dei contatti delle richieste di soccorso in cui è applicato il sistema dispatch per il triage telefonico	>= 95% (valore gen-mar 2024 98,34%)	ARCS	>=95% (valore gen-mar 2024 98,34%)	Vedi target	
A.2.4.1.b	Attivazione presso SORES del ruolo aziendale di medico di centrale presente nelle 12 ore diurne e in reperibilità notturna 7 giorni su 7	Formale e sostanziale attivazione del ruolo aziendale comunicata alla DCS	Formale e sostanziale attivazione comunicata alla DCS entro il 31.12.2025	ARCS	Formale e sostanziale attivazione comunicata alla DCS entro il 31.12.2025	Vedi target	
Lea NSG Do9Z	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	ASFO	<= 16	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<= 16		
				ASUGI	<= 16		
				ARCS	<= 16		

A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso

Nell'ambito delle attività funzionali a dare attuazione ai contenuti dell'Accordo Stato-Regioni n. 143/CSR del 1° agosto 2019 ("Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso"), ARCS coordina i lavori di valutazione della coerenza delle Linee guida per il Triage regionale di Pronto Soccorso rispetto a quanto previsto dall'Accordo n. 143/CSR/2019 ed eventuali proposte di loro aggiornamento e

attiva un gruppo di lavoro per lo sviluppo del Piano Regionale di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Al fine di contribuire alla gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso e dell'OBI, fermo rimanendo che nell'anno 2025 gli Enti mantengono le funzioni di pronto soccorso attualmente attive, si prevedono le seguenti azioni:

1. DCS d'intesa con le Aziende definirà entro il 31.03.2025 un modello organizzativo orientato a percorsi di *Fast Track* per persone anziane con patologia cronica riacutizzata, che non presentano caratteristiche di emergenza/ urgenza, non richiedono un monitoraggio continuo dei parametri vitali e senza un rilevante rischio di passaggio a stato non stabile, con il fine di individuare in ogni presidio di I e II livello almeno 10 posti letto da dedicare al "*Fast Track* geriatrico" con degenza inferiore o uguale a 3 giorni;
2. a partire dal 1° febbraio 2025 le SOC di medicina di tutti i presidi/stabilimenti ospedalieri garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 10 posti letto ordinari attivi e garantiscono almeno altrettanti accoglimenti da PS;
3. a partire dal 1° febbraio 2025 le RSA garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 20 posti letto disponibili e contemporaneamente garantiscono uguale numero di ammissioni in struttura dal lunedì al sabato per pazienti provenienti da presidi/stabilimenti ospedalieri;
4. entro il 31 marzo 2025 è effettuata dalla DCS una ricognizione dei percorsi già disponibili presso le Unità di pronto soccorso degli Enti del S.S.R. ai fini dell'introduzione/riorganizzazione nelle stesse di percorsi "*See and Treat*" medico-infermieristici così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni n°143/CSR/2019; sulla base delle risultanze della ricognizione effettuata, dalla DCS è formata e trasmessa agli Enti del S.S.R. la definizione di modello e criteri organizzativi e operativi da adottare per lo svolgimento delle attività nei percorsi "*See and Treat*".

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C16.2.N*	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% (valore FVG gen-ago 2024 48,7%)	ASFO	>= 70% (valore gen-ago 2024 45,3%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 70% (valore gen-ago 2024 50,0% totale; 83,9% pediatrico 36,3 % Udine)		
				ASUGI	>= 70% (valore gen-ago 2024 35,2%)		
				BURLO	>= 70% (valore gen-ago 2024 84,5%)		
Bersaglio C16.2.N*	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% (valore FVG gen-ago 2024 60,3%)	ASFO	>= 80% (valore gen-ago 2024 63,9% 77,7% pediatrico 55,4% Spilimbergo-S.Vito)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 80% (valore gen-ago 2024 63,3%)		
				ASUGI	>= 80% (valore gen-ago 2024 54,1%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG gen-ago 2024 74,3%)	ASFO	>= 65% (valore gen-ago 2024 57,2%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 65% (valore gen-ago 2024 75,7%; 95,0% pediatrico ; 63,1% Udine)		
				ASUGI	>= 65% (valore gen-ago 2024 63,5%)		
				BURLO	>= 65% (valore gen-ago 2024 94,6%)		
Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 75% (valore FVG 2°sem. gen-ago 2024 75,5%)	ASFO	>= 75% (valore gen-ago 2024 77,6% 90,6% pediatrico 65,0% Spilimbergo-S.Vito)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 75% (valore gen-ago 2024 76,7%)		
				ASUGI	>= 75% (valore gen-ago 2024 71,6%)		
Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	>= 88% (valore FVG gen-ago 2024 90,5%)	ASFO	>= 88% (valore gen-ago 2024 93,2%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 88% (valore gen-ago 2024 87,7%; 99,5% pediatrico 82,0% udine)		
				ASUGI	>= 88% (valore gen-ago 2024 85,1%)		
				BURLO	>= 88% (valore gen-ago 2024 99,9%)		
Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali SPOKE)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali SPOKE)	>= 92% (valore FVG gen-ago 2024 94,1%)	ASFO	>= 92% (valore gen-ago 2024 94,3% 99,5% pediatrico 90,7% spilim.-s.vito)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 92% (valore gen-ago 2024 94,4%)		
				ASUGI	>= 92% (valore gen-ago 2024 93,5%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C16.10	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	< 7,80% (valore FVG gen-ago 2024 6,63%)	ASFO	< 6,00% (valore gen-ago 2024 6,07%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	< 6,00% (valore gen-ago 2024 6,41%)		
				ASUGI	< 6,00% (valore gen-ago 2024 6,16%)		
				BURLO	< 10,0% (valore gen-ago 2024 11,88%)		

A.2.5 Rete Cure palliative

Anche nell'anno 2025 gli Enti sono chiamati a dare attuazione a quanto previsto dalla DGR 1475 del 22.9.2023 di approvazione del "Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2023-2025" e suoi successivi aggiornamenti. Gli obiettivi legati all'implementazione del predetto Piano sono pertanto calibrati su andamenti e risultati osservati alla data di redazione del presente testo, e tenendo conto delle tempistiche di attuazione del Piano, ferma rimanendo l'esigenza di procedere nell'aggiornamento dello stesso Piano con riferimento al triennio 2025-2027, anche ai sensi dell'articolo 1, c. 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197.

Entro il 30.06.2025 è programmata l'attività di recepimento dell'Accordo stato regioni rep. 118 del 27.07.2020 relativo a "Accreditamento della rete cure palliative ai sensi della L. 15 marzo 2010 n. 38" e quella di definizione dei criteri di accreditamento al fine di concludere il percorso di accreditamento delle reti delle cure palliative (adulti e pediatriche) entro il 31.12.2025

Per l'anno 2025 particolare attenzione è dedicata, inoltre, al perseguimento dei seguenti obiettivi assegnati agli Enti:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.5.a	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° UCP dom attive entro il 31.12.2025	13 (di cui 1 pediatrica)	ASFO	4 (di cui 1 pediatrica)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	5		
				ASUGI	4		
A.2.5.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025	122 pl (di cui 4 pediatrici)	ASFO	30 pl	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	52 pl		
				ASUGI	36 pl		
				BURLO	4 pl		
Lea core D30Z	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 65% (FVG valore 2023 53,57% valore gen-ago 2024 56,94%)	ASFO	> 65% (valore 2023 56,14% valore gen-ago 2024 56,46%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	> 65% (valore 2023 44,85% valore gen-ago 2024 49,13%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				ASUGI	> 65% (valore 2023 62,67% valore gen-ago 2024 67,08%)		
Bersaglio C28.2B	Migliorare i tempi per il ricovero in hospice per malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	> 80% (FVG valore 2023 83,58%valore gen-ago 2024 82,23%)	ASFO	> 80% (valore 2023 81,17%valore gen-ago 2024 80,61%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	> 80% (valore 2023 65,99%valore gen-ago 2024 66,24%)		
				ASUGI	> 80% (valore 2023 96,11%valore gen-ago 2024 97,16%)		
Bersaglio D32Z	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% (FVG valore 2023 24,76% valore gen-ago 2024 23,53%)	ASFO	<25,0% (valore 2023 27,85%valore gen-ago 2024 20,91%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<25,0% (valore 2023 23,91%valore gen-ago 2024 27,00%)		
				ASUGI	<25,0% (valore 2023 22,90% valore gen-ago 2024 23,05%)		
A.2.5.c	Aggiornare il vigente Piano di potenziamento delle cure palliative con riferimento al triennio 2025-2027, 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 di proposta di Piano di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2025-2027	Trasmissione alla DCS entro il 30/06/2025 della proposta di Piano di potenziamento delle cure palliative per il triennio 2025-2027 da adottare	ARCS	Trasmissione alla DCS della proposta di piano entro il 30/06/2025	Vedi target	

A.2.6 Rete pneumologica

Entro il 30.06.2025 ARCS attiverà la rete pneumologica. Ulteriori obiettivi da perseguire sono i seguenti:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.6.a	Avviare il percorso di miglioramento della presa in carico del paziente con BPCO	Elaborazione del PDTA del paziente affetto da BPCO	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA del paziente affetto da BPCO entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.6.b	Avviare il percorso di miglioramento della presa in carico e del trattamento del paziente con Asma grave	Elaborazione del PDTA e protocollo di trattamento del paziente affetto da Asma grave	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA e protocollo di trattamento del paziente affetto da Asma grave	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

A.2.7 Rete gastroenterologica

Tra gli ambiti sanitari che possono maggiormente beneficiare di organizzazioni ad alta integrazione, visto l'impatto sulla salute e la rilevanza della componente organizzativa sul risultato delle prestazioni, c'è quello della gestione delle emergenze emorragiche gastroenterologiche e le urgenze endoscopiche. A tal fine nel corso del 2024 è stato elaborato il PDTA delle Emergenze Emorragiche gastroenterologiche e nel 2025 ARCS realizzerà almeno un evento formativo regionale sulla gestione delle Emergenze emorragiche gastroenterologiche.

Sempre nell'ambito della gastroenterologia verrà realizzato almeno un evento formativo regionale sulla gestione delle Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) in coerenza con il PDTA.

A.2.8 Rete diabete

Nel corso del 2024 è stato elaborato il PDTA del paziente affetto da diabete mellito di tipo I nell'adulto e sono stati definiti i relativi indicatori. Per l'anno 2025 le Aziende dovranno fornire, secondo le tempistiche definite da ARCS, i risultati degli indicatori previsti dal PDTA sulla base delle schede di calcolo contenute nel documento.

Nel corso del 2025 dovrà essere avviata la revisione, operata da ARCS secondo gli indirizzi della DCS, del registro diabete per:

- adempiere al futuro debito informativo verso il registro diabete nazionale (in fase di definizione);
- adempiere alle necessità di monitoraggio della rete diabetologica;
- aggiornamento delle regole di alimentazione del registro in coerenza con le nuove indicazioni cliniche.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A.2.8.a	Predisposizione delle linee di indirizzo per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale	Aggiornamento del documento Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di approvazione delle Linee di indirizzo entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS
A.2.8.b	Predisposizione Linee di Indirizzo per l'educazione terapeutica della persona con diabete.	Aggiornamento del documento Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di approvazione delle Linee di indirizzo entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

A.2.9 Rete fegato

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A2.9a	Avviare il percorso di miglioramento della presa in carico del paziente candidato a trapianto di fegato	Elaborazione del documento PDTA del paziente candidato a trapianto di fegato	entro il 31.12.2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del PDTA del paziente candidato a trapianto di fegato entro il 31.12.2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS

A.2.10 Rete neonatologica e punti nascita

Nell'ambito del Trasporto in emergenza materno e neonatale l'IRCCS Burlo e ASUFC organizzeranno un evento, anche congiunto, per l'acquisizione e il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti nel trasporto di emergenza neonatale.

Nel corso del 2025 si procederà con l' Adeguatezza 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". L'obbligo di sospensione sopraindicato non si applica relativamente ai punti nascita per i quali risulta vigente una specifica espressa deroga accordata dal Ministero della Salute, ovvero la deroga sia formalmente richiesta dalla Regione e non sia ancora disponibile il relativo riscontro ministeriale. 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 2024.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A2.10a	Sospensione punti nascita con volume parti sotto soglia	Presenza di punti nascita attivi solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espressioni e specifiche deroghe ministeriali	Entro il 31.12.2025	ASUGI	Sono attivi i punti nascita solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espressioni e specifiche deroghe ministeriali che la Regione Friuli Venezia Giulia chiederà per i punti nascita di Tolmezzo e Latisana	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASFO			
				ASUFC			

A.2.11 Rete pediatrica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
A2.11.a	Migliorare la presa in carico tra i nodi delle Rete pediatrica del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	Elaborazione del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica	Entro il 30.06.2025	BURLO	Trasmissione alla DCS del PDTA del paziente pediatrico con tumore cerebrale e con indicazione neurochirurgica entro il 30.06.2025	Presentazione di proposta di DGR di adozione del PDTA entro 45 giorni dalla trasmissione ARCS
A2.11.b	Integrazione Ospedale – territorio e sicurezza delle cure: Sviluppo di uno strumento integrato per la dimissione protetta e la presa in carico del paziente pediatrico	Elaborazione della "Scheda di dimissione protetta pediatrica regionale" in condivisione delle Aziende all'interno della rete pediatrica	Entro il 30.09.2025	BURLO	Trasmissione ad ARCS e DCS della scheda di dimissione protetta pediatrica regionale per la successiva formalizzazione e implementazione nel sistema informativo della COT	

B. STANDARD DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E OSPEDALIERA

B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale

Nell'anno 2025 prosegue l'attività di attuazione del Programma regionale dell'assistenza territoriale per l'attuazione del modello di sviluppo dell'assistenza e prevenzione delineato dal DM 77/2022 e approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022. Di seguito, nell'ambito della complessiva attuazione da assicurare, si segnalano in particolare alcuni specifici obiettivi:

- Implementazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) - Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura");
- IFOC: implementazione percorso;
- COT: dopo l'attivazione avvenuta nel corso del 2024 dovranno essere implementati tutti i percorsi specifici;
- Sviluppo della telemedicina;
- Case della Comunità: definizione del modello di casa della comunità con gestione dell'urgenza non complessa e attivazione delle prime 6 sedi in Regione (Gemona, Cividale, Sacile, Maniago, Trieste, Udine);
- Cure intermedie: definizione di un piano dell'offerta delle cure intermedie e definizione dei criteri di accreditamento dell'ospedale di comunità e definizione della tariffa. Fino ad avvenuta approvazione della suddetta tariffa provvisoria con atto regionale, ogni acquisto da parte delle aziende territoriali di servizi relativi alle funzioni proprie degli Ospedali di Comunità deve rispettare i principi di efficienza e di economicità nell'impiego delle risorse posti agli enti che compongono il Servizio sanitario nazionale dalla normativa vigente e, in particolare, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Attivazione numero unico 116117 per le cure non urgenti.

Relativamente alla telemedicina, si ricorda come anche l'attuazione dell'investimento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina» rientri tra gli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che gli Enti del S.S.R. sono tenuti a completare in attuazione del vigente Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e del Piano operativo regionale per la Regione Friuli Venezia Giulia allegato allo stesso CIS. Come tutti gli interventi previsti dal PNRR, anch'esso è soggetto a possibili modificazioni apportabili in corso di svolgimento delle attività da parte degli Organi Nazionali di governo centrale per l'attuazione del PNRR nei relativi cronoprogrammi di attuazione, anche per quanto riguarda i target intermedi da conseguire. Nell'attività di perseguimento dei target e obiettivi del PNRR fissati per l'anno 2025, gli Enti del S.S.R. sono, quindi, tenuti anche per il citato intervento a dare esecuzione a quanto indicato in corso di esercizio dalla DCS nella sua attività di governo, indirizzo e vigilanza regionale per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR assegnati in attuazione delle indicazioni che pervengano dagli Organi Nazionali. Particolare attenzione va accordata, peraltro, da parte degli Enti del S.S.R. all'opportunità di prioritario sviluppo dei servizi di televisita e teleconsulto, oltre che a quelli della teleassistenza e telemonitoraggio.

Sempre nell'ambito dell'attuazione di quanto previsto dal DM 77, entro il 30.06.2025 si procede a elaborare, avvalendosi del supporto tecnico di ARCS, e a procedere ad una revisione e riorganizzazione dei fabbisogni, e dotazioni, dei posti letto riabilitativi, post acuti e delle cure intermedie e dell'attività riabilitativa ambulatoriale; inoltre entro la medesima data si definiranno i criteri di accreditamento degli ospedali di comunità e la relativa tariffa.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.a	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute	n° di soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	34.105	ASFO	8.167	Coordina-mento e monito-raggio mensile	Messa a regime della nuova scheda di valutazione multidimensionale conforme al flusso informativo SIAD entro il 29.02.2025 e attivazione delle procedure di accreditamento dell'ADI
				ASUFC	15.049		
				ASUGI	10.889		
B.1.b	Sviluppo della telemedicina	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023 T3 2025	Target numerico di prese in carico vigente, secondo le indicazioni della DCS, per l'anno 2025 per l'intervento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina»	Tutti gli Enti del S.S.R.	2.898 (valore regionale complessivo) entro il terzo trimestre 2025	Coordina, monitora e, in caso di criticità, promuove presso gli Enti le misure correttive, sulla cui attuazione vigila	Indirizzo e coordinamento
B.1.c	Casa della Comunità (CdC)	Definizione del modello delle case della comunità con gestione delle urgenze non complesse	Definizione entro il 30.04.2025	ARCS	Trasmissione del modello a DCS entro il 31.03.2025		Presentazione di proposta di DGR di approvazione del modello entro il 30.04.2025

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.d	Casa della Comunità (CdC)	N° di case di comunità hub con gestione delle urgenze non complesse attivate entro il 31.12.2025 attraverso la riconversione degli attuali Punti di Primo Intervento	6	ASFO	2 (Maniago e Sacile)		
				ASUFC	3 (Gemona del F., Cividale e Udine)		
				ASUGI	1 (Trieste c/o Maggiore)		

B.1.1 Attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale e attività funzionali di sperimentazione

Per un adeguato e miglior sviluppo del programma regionale dell'assistenza territoriale con una corretta definizione dei requisiti funzionali, di accreditamento e delle tariffe (con valutazione delle sottostanti strutture di costi) da adottare, risulta opportuno rendere possibili delle sperimentazioni gestionali presso le aziende per alcune strutture e funzioni al fine di acquisire dati e informazioni utili alla valutazione tecnica collegata alla definizione della programmazione. Per tale ragione alle aziende territoriali è data la possibilità di effettuare delle sperimentazioni per lo svolgimento delle funzioni assegnate alle seguenti tipologie di strutture di assistenza intermedia:

- ospedali di comunità, di cui al decreto del Ministero della salute 20 maggio 2022, n. 77;
- speciali unità di assistenza protratta (SUAP) di cui all'articolo 20, comma 3, lettera d), della legge regionale n. 22/2019.

Ogni azienda territoriale regionale, pertanto, è autorizzata ad effettuare nell'anno 2025 una sperimentazione per lo svolgimento delle funzioni da parte delle strutture delle tipologie sopraelencate nella misura massima di una struttura per tipologia e per azienda.

Laddove non sia già disponibile una determinazione tariffaria regionale formalmente adottata per i servizi erogabili nell'ambito della sperimentazione per l'esercizio delle sopra citate funzioni nelle tipologie di strutture sopra indicate, ai fini dell'eventuale acquisto da parte delle aziende territoriali di tali servizi è confermato comunque l'obbligo delle aziende territoriali di rispettare i principi di efficienza e di economicità nell'impiego delle risorse posti agli enti che compongono il Servizio sanitario nazionale dalla normativa vigente e, in particolare, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

B.1.2 Standard di assistenza distrettuale e attività funzionali di sperimentazione nel trattamento residenziale dei disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) si manifestano prevalentemente in età giovanile, hanno un decorso lungo e complesso e sono caratterizzati da una significativa comorbidità. Essi comportano spesso difficoltà nelle relazioni sociali e familiari, con un impatto rilevante sui pazienti, sulle loro famiglie e sulla società, sia in termini di costi diretti che indiretti.

Per garantire un'adeguata presa in carico, la deliberazione regionale n. 1446/2021, rettificata dalla successiva d.g.r. n. 1965/2021, ha stabilito che tutte le aziende sanitarie regionali debbano fornire servizi ambulatoriali e diurni dedicati ai DCA. Per l'assistenza residenziale per il trattamento dei DCA è stata prevista l'istituzione di un unico Centro regionale denominato *Centro residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare*, collocato in una struttura di cure intermedie, con dotazioni, risorse e modalità di accesso da definire.

Con la legge regionale n. 13/2023, l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) è stata incaricata di

gestire un finanziamento straordinario per acquisire e adeguare gli immobili destinati al Centro, con il completamento dei lavori previsto entro il 30 giugno 2025. Il finanziamento è stato formalizzato con il decreto DCS n. 57007/GRFVG del 27/11/2023.

A seguito dell'avvio operativo del Centro, programmato per il 30 giugno 2024, si procederà per mezzo di sperimentazione alla definizione provvisoria dei requisiti organizzativi, delle dotazioni strumentali, delle modalità di accesso e delle tariffe, calibrando l'offerta assistenziale sulle diverse necessità dei pazienti, classificate per complessità e intensità di cure. Questa fase iniziale consentirà di avviare il servizio in modo graduale, adattando il modello operativo alle esigenze emerse durante il primo periodo di attività.

Per le finalità sopra indicate vengono assegnati pertanto i seguenti obiettivi:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.2.a	Definizione tariffaria provvisoria articolata per livelli di complessità e intensità di cure e risorse da applicarsi a fronte dei diversi bisogni di assistenza per le prestazioni erogate dal Centro residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (CENTRO) nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità nell'impiego delle risorse posti dalla normativa vigente e, in particolare, dal d.lgs. n. 502/1992	Trasmissione alla DCS di una proposta tecnica di definizione tariffaria provvisoria articolata per livelli di complessità e intensità di cure e risorse da applicarsi a fronte dei diversi bisogni di assistenza per le prestazioni erogate dal CENTRO nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità nell'impiego delle risorse posti dalla normativa vigente e, in particolare, dal d.lgs. n. 502/1992	Trasmissione alla DCS della proposta tecnica entro il 30/04/2025	ARCS	Trasmissione alla DCS della proposta tecnica entro il 30/04/2025	Vedi target	Presentazione di proposta di DGR di approvazione della definizione tariffaria provvisoria entro 45 giorni dalla trasmissione
B.1.2.b	Acquisizione di elementi informativi utili alla definizione dei requisiti organizzativi e funzionali, anche per quanto riguarda le dotazioni dei beni strumentali, per l'erogazione delle prestazioni da parte del CENTRO e per i criteri di accesso alle prestazioni	Condivisione con ARCS formalizzata (trasmissione documentale e riunioni collaborative) degli elementi informativi e dei dati relativi all'attività svolta presso il CENTRO utili all'attività di definizione dei requisiti organizzativi e funzionali, anche per quanto riguarda le dotazioni dei beni strumentali, e dei criteri di accesso per l'erogazione delle prestazioni del CENTRO	Condivisione con ARCS formalizzata (trasmissione documentale e riunioni collaborative) fino alla data del 15 ottobre 2025 dei dati e delle informazioni sulle attività già svolte dal CENTRO	ASUFC	Vedi target	Coordina-mento	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
B.1.2.c	Definizione dei requisiti organizzativi e funzionali, anche per quanto riguarda le dotazioni dei beni strumentali, per l'erogazione delle prestazioni da parte del CENTRO	Trasmissione alla DCS di una proposta tecnica di definizione dei requisiti organizzativi e funzionali, anche per quanto riguarda le dotazioni dei beni strumentali, per l'erogazione delle prestazioni da parte del CENTRO	Trasmissione alla DCS della proposta tecnica entro il 15/11/2025	ARCS	Trasmissione alla DCS della proposta tecnica entro il 15/11/2025	Vedi target	
B.1.2.d	Definizione dei criteri di accesso degli ospiti alle prestazioni erogate dal CENTRO	Trasmissione alla DCS di una proposta tecnica di definizione dei criteri di accesso degli ospiti alle prestazioni erogate dal CENTRO	Trasmissione alla DCS della proposta tecnica entro il 15/11/2025	ARCS	Trasmissione alla DCS della proposta tecnica entro il 15/11/2025	Vedi target	

C. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

Nell'anno 2024 il quadro normativo e operativo di gestione e governo regionale e aziendale delle liste e tempi di attesa è stato innovativamente ridefinito dal decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie), nel testo convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, e pertanto richiederà l'adozione di specifici atti in corso di attività nell'anno 2025.

C.1 Governo della domanda e appropriatezza (RAO)

Nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva e in ottemperanza a quanto già previsto dalle delibere della Giunta regionale (d.g.r. n. 48 del 19.01.2024, al punto D.3-Tempi di attesa del documento *Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l'anno 2024* approvato, e precedente d.g.r. n. 1815 del 25.10.2019, al punto 4.4-Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) del documento *Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021* approvato) gli Enti sono tenuti a far rispettare l'obbligo di operare la corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario definiti nei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) elaborati da AGENAS. Al fine di favorire l'utilizzo dei RAO entro aprile Insiel metterà a disposizione il supporto dei servizi informatici per l'inserimento dell'indicazione clinica per specialisti ospedalieri e SAI, ed entro giugno per MMG e PLS. A partire da luglio gli specialisti ospedalieri dovranno riportare l'indicazione clinica per tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali per le quali Agenas ha elaborato i RAO.

Per quanto riguarda la medicina convenzionata, si indica alla Delegazione trattante di Parte pubblica nel Comitato regionale di cui all'art. 11 dell'Accordo collettivo nazionale per i rapporti con i medici di medicina generale per il Triennio 2019-2021 dell'8 febbraio 2024 (ACN) il seguente obiettivo da perseguire e attuare: prevedere l'utilizzo, a partire dal secondo semestre dell'anno 2025, del sistema RAO per mezzo di supporto informatico al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva (attuazione della previsione di cui all'art. 45 ACN) per mezzo di una corretta attribuzione dei codici di priorità per le prestazioni specialistiche da operarsi nel rispetto dei criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario contenuti nel Manuale RAO. Analogo obiettivo viene indicato alla Delegazione trattante di Parte pubblica relativamente agli accordi da stipulare con gli Specialisti ambulatoriali interni.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.1.a	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	% di prescrizioni emesse applicando la classificazione RAO da parte degli specialisti ospedalieri relative a prestazioni per le quali Agenas ha elaborato i RAO dell'indicazione clinica (valori calcolati su prescrizioni effettuate a partire dal 1° luglio 2025)	≥ 95%	ASFO	≥ 95%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	≥ 95%		
				ASUGI	≥ 95%		
				BURLO	≥ 95%		
				CRO	≥ 95%		
C.1.b	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e degli specialisti ambulatoriali interni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	% di prescrizioni emesse applicando la classificazione RAO dai medici del ruolo unico di assistenza primaria e dagli specialisti ambulatoriali interni relative a prestazioni per le quali Agenas ha elaborato i RAO dell'indicazione clinica (valori calcolati su prescrizioni effettuate a partire dal 1° luglio 2025)	≥ 95%	ASFO	≥ 95%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	≥ 95%		
				ASUGI	≥ 95%		

C.2 Pianificazione delle attività di contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste di attesa con utilizzo di linee specifiche di finanziamento finalizzato

Fermo rimanendo l'obbligo di predisposizione, e trasmissione alla DCS e ad ARCS, da parte degli enti del generale piano per il contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste di attesa, lo svolgimento delle attività di utilizzo delle specifiche linee di finanziamento finalizzato al recupero delle liste di attesa e al contenimento della fuga extra regionale previste alle voci di finanziamento finalizzato: *Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d'attesa e Fabbisogno per Piano operativo per recupero liste d'attesa* all'interno del complessivo quadro dei finanziamenti (si veda, *infra*, alla Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2025) dedicate nel complessivo finanziamento aziendale può essere avviato dagli Enti solo ad avvenuta presentazione, alla DCS e ad ARCS, di cronoprogramma, articolato nei quattro trimestri del 2025, delle attività da svolgersi dettagliato per finalità di recupero (tipologia di attività svolta: attività in ricovero, screening, attività di specialistica ambulatoriale) e modello organizzativo di programmato utilizzo per finalità di recupero (prestazioni aggiuntive e ALPI, coinvolgimento dei privati accreditati, specialisti ambulatoriali interni, articolati nelle singole tipologie di attività di recupero –ricoveri, screening, specialistica ambulatoriale). Il termine massimo per la presentazione da parte degli Enti ad ARCS e alla DCS del richiesto cronoprogramma delle attività, compilato secondo indicazioni e modello resi disponibili da ARCS, è fissato in un mese dall'adozione delle "Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2025" in via definitiva da parte della Giunta regionale. Gli enti sono tenuti a comunicare ad ARCS e alla DCS i dati dei monitoraggi periodici di attività e utilizzo delle risorse svolti in attuazione delle finalità indicate al presente punto nonché a trasmettere specifica rendicontazione a esercizio concluso delle attività compiute e risorse utilizzate, con dettaglio per finalità e modello organizzativo utilizzato. Ad ARCS spetta lo svolgimento del monitoraggio delle attività e dell'utilizzo delle risorse da parte degli Enti e, in caso di criticità nell'azione degli Enti, promuove, nel rispetto degli indirizzi della DCS, l'adozione da parte degli Enti di specifiche misure correttive, sulla cui attuazione vigila.

Ogni Ente del S.S.R., in presenza di risorse allo stesso attribuite a valere sulle linee di finanziamento finalizzato *Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d'attesa e Fabbisogno per Piano operativo per recupero liste d'attesa* all'interno del complessivo quadro dei finanziamenti (Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI S.S.R.

2025) che risultino non utilizzate al 31 dicembre 2025, è tenuto ad accantonarle nel bilancio per la stessa finalità di garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel vigente Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa qualora gli stessi tempi, in assenza di specifico intervento, non possano essere rispettati.

C.3 Contenimento dei tempi di attesa e miglioramento della qualità e appropriatezza delle prestazioni

C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali

Fermi rimanendo gli obblighi relativi alla garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni sanitarie, si evidenziano, in particolare, gli obiettivi di seguito esposti 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
Obiettivo 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 ante (residenti FVG)	>=90% (valore FVG gen set 2024 61,0%)	ASFO	>=90% (valore gen set 2024 57,9%)	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% (valore gen set 2024 55,1%)		
				ASUGI	>=90% (valore gen set 2024 71,2%)		
				BURLO	>=90% (valore gen set 2024 64,7%)		
				CRO	>=90% (valore gen set 2024 57,9%)		
Obiettivo 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 D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>=90% (valore FVG gen set 2024 63,8%)	ASFO	>=90% (valore gen set 2024 64,4%)	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% (valore gen set 2024 55,9%)		
				ASUGI	>=90% (valore gen set 2024 73,6%)		
				BURLO	>=90% (valore gen set 2024 55,3%)		
				CRO	>=90% (valore gen set 2024 53,3%)		

C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C104.7	Tumore alla Mammella		>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 77,65%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 90,57%)		

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	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici		ASUFC	>= 90% (valore gen-ago 2024 71,64%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicare per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 70,20%)		
				CRO	>= 90% (valore gen-ago 2024 91,70%)		
Bersaglio C10.4.8	Tumore alla Prostata 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% (valore FVG gen-ago 2024 45,26%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 28,95%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicare per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-ago 2024 47,37%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 73,68%)		
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% (valore FVG gen-ago 2024 82,10%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 73,47%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicare per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-ago 2024 90,74%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 71,43%)		
				CRO	>= 90% (valore gen-ago 2024 95,65%)		
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% (valore FVG gen-ago 2024 74,70%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 85,71%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicare per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-ago 2024 90,00%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 46,15%)		
				CRO	>= 90% (valore gen-ago 2024 84,62%)		
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% (valore FVG gen-ago 2024 86,03%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 47,62%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicare per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-ago 2024 97,47%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 84,81%)		
Bersaglio C10.4.12	Tumore all'Utero 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% (valore FVG gen-ago 2024 92,08%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 85,29%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, comunicare per conoscenza anche alla DCS e sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90% (valore gen-ago 2024 94,44%)		
				ASUGI	>=90% (valore gen-ago 2024 100,00%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				BURLO	>= 90% (valore gen-ago 2024 92,31%)	attuazione vigila	
				CRO	>= 90% (valore gen-ago 2024 91,18%)		
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% (valore FVG gen-ago 2024 78,00%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 75,51%)	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% (valore gen-ago 2024 74,67%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 88,57%)		
				CRO	>= 90% (valore gen-ago 2024 78,05%)		
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% (valore FVG gen-ago 2024 66,94%)	ASFO	>= 90% (valore gen-ago 2024 67,74%)	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% (valore gen-ago 2024 66,10%)		
				ASUGI	>= 90% (valore gen-ago 2024 67,74%)		

C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
C.3.3.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% (valore FVG gen-ago 2024 71,83%)	ASFO	>=90% (valore gen-ago 2024 90,22%)	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% (valore gen-ago 2024 61,81%)		
				ASUGI	>=90% (valore gen-ago 2024 81,44%)		
				BURLO	>=90% (valore gen-ago 2024 85,71%)		
				CRO	>=90% (valore gen-15 nov 2023 100,0%)		
C.3.3.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% (valore FVG gen-ago 2024 57,78%)	ASFO	>=90% (gen-ago 2024 66,84%)	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% (valore gen-ago 2024 43,86%)		
				ASUGI	>=90% (valore gen-ago 2024 72,28%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				BURLO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 77,78%)		
				CRO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 NR)		
C.3.3c	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% (valore FVG <i>gen-ago</i> 2024 64,63%)	ASFO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 55,58%)	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% (valore <i>gen-ago</i> 2024 62,23%)		
				ASUGI	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 77,19%)		
				BURLO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 83,33%)		
				CRO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 100%)		
C.3.3d	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% (valore FVG <i>gen-ago</i> 2024 91,15%)	ASFO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 89,47%)	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% (valore <i>gen-ago</i> 2024 95,56%)		
				ASUGI	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 86,58%)		
				BURLO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 100,00%)		
				CRO	>=90% (valore <i>gen-ago</i> 2024 100,00%)		

C.4 Attività di ricerca in corso per lo sviluppo del percorso del paziente chirurgico programmato

La Regione Friuli Venezia Giulia sta attualmente partecipando, assieme a numerose altre regioni, ad uno specifico Gruppo di lavoro, coordinato dall'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, che collabora con gli Uffici del Ministero della Salute all'analisi tecnica e operativa delle attività di gestione delle liste di attesa e di quelle funzionali alla gestione del percorso peri e intra -operatorio del paziente chirurgico in elezione. Le attività avviate da tale Gruppo di lavoro sono state indirizzate anche a dare avvio ad una sperimentale attività di ricerca osservazionale retrospettiva finalizzata a migliorare l'analisi dei processi di gestione nelle sale operatorie delle attività interventistiche chirurgiche programmate da parte degli enti sanitari pubblici regionali, studio basato sull'analisi dei dati rilevabili dai registri operatori. Tale attività di ricerca sperimentale è funzionale a dare adeguata attuazione a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 2020 ed è sorta in collegamento con il primario Progetto di ricerca nazionale promosso dal Ministero della Salute e denominato "Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati". Le finalità dell'attività di ricerca in discorso sono quelle di migliorare l'analisi dei processi di gestione da parte degli enti sanitari pubblici

regionali delle attività interventistiche chirurgiche programmate nelle sale operatorie, approfondendo l'analisi della capacità produttiva e delle performance dei complessi operatori delle aziende pubbliche. Tale attività di ricerca viene ora formalmente svolta nell'ambito dello studio osservazionale retrospettivo denominato "ReOp - Flusso informativo registro operatorio per i ricoveri chirurgici programmati", studio che, per quanto riguarda la Regione Friuli Venezia Giulia, vede l'attuale partecipazione, che proseguirà nell'anno 2025, dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale, che svolge tale attività di ricerca presso il "Presidio ospedaliero Santa Maria degli Angeli" di Pordenone.

SECONDA PARTE. LINEE ORDINARIE DI GESTIONE

1. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

1.1 Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione

I referenti aziendali individuati nei singoli programmi garantiscono l'attuazione, il monitoraggio e la partecipazione alle attività regionali previste dal Piano regionale della prevenzione (PRP) e dal Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento). Arcs effettua dei monitoraggi semestrali degli indicatori previsti dal PRP e dal PanFlu FVG.

1.1.1 Programma PP1 Scuole che promuovono salute

Proseguirà l'attività di sensibilizzazione delle scuole, di ogni ordine e grado della Regione per la loro adesione al programma con l'applicazione del modello di scuole che promuovono salute, raggiungendo gli indicatori previsti. Si inciderà sulla formazione sia del personale sanitario che del personale della scuola per condividere linguaggi, metodologia e progettualità, producendo materiale comunicativo da diffondere nel territorio.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- La collaborazione all'aggiornamento del documento regionale delle buone pratiche rivolto alle scuole
- La realizzazione di un'offerta formativa per operatori sanitari e sociosanitari, docenti e altri stakeholders sul modello di scuole che promuovono salute e sul documento regionale delle buone pratiche
- La realizzazione di interventi e strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti)

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.1.a	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute", consistente in cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	Percentuale di istituti scolastici del territorio che aderiscono alla rete di SPS entro il 2025 Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola	>= 30% degli istituti scolastici del territorio aziendale	ASFO	>= 30% degli istituti		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				ASUGI			
1.1.1.b	Promuovere progetti di contrasto alla sedentarietà strutturare attività motorie organizzate (es: didattica all'aperto, pause di salute, attività nei tempi ricreazionali.) con particolare attenzione anche agli aspetti di superamento delle disuguaglianze e l'inclusione dei soggetti fragili. Promuovere progetti educativi basati sulle "Life skills" al fine di accrescere nella popolazione scolastica le abilità e le competenze necessarie per mettersi in relazione efficace con gli altri, per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana e per fare scelte consapevoli di salute.	Almeno un progetto di contrasto alla sedentarietà e un progetto di sviluppo life skill	>= 10% degli Istituti aderenti	ASFO ASUFC ASUGI	>=10% degli istituti		Coordina-mento e monito-rraggio
1.1.1.c	Negli istituti scolastici aderenti alla rete di SPS si realizzano gli interventi presenti nel documento regionale delle pratiche raccomandate	Percentuale di istituti aderenti alla rete SPS che attuano almeno un intervento	>=50% degli istituti aderenti attuano almeno una pratica	ASFO	>=50% degli istituti		Coordina-mento e monito-rraggio

1.1.2 Programma PP2 Comunità attive

Continua l'attività di advocacy nei confronti delle amministrazioni comunali per l'avvio delle proposte di movimento nelle diverse fasce di età e l'attivazione dei gruppi di cammino. è prevista l'attivazione della rete delle palestre della salute che saranno certificate a livello aziendale e pubblicizzata l'attività di AFA/EFS attraverso il sito regionale invecchiamento attivo e diffusa l'informazione ai MMG/PLS promuovendo la prescrizione dell'esercizio fisico e del consiglio a fare attività fisica.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- La partecipazione dei professionisti sanitari alla formazione su piattaforma FAD su competenze trasversali nel cambiamento degli stili di vita a rischio
- La collaborazione alla realizzazione di interventi di comunicazione e di percorsi formativi regionali comuni per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder, volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità
- La presentazione delle linee di attività del PP2 ai diversi stakeholder e MMG anche in occasione delle riunioni distrettuali aziendali
- La realizzazione di corsi di walking leader con l'attivazione di gruppi di cammino e loro pubblicizzazione anche sul sito regionale invecchiamento attivo FVG.it
- Attivazione della rete delle palestre della salute e loro pubblicizzazione anche sul sito regionale

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.2a	Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di	I Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, programmi di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo	>= 50% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi	ASFO	>= 50% dei Comuni del territorio		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			
	soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	Sono attivi programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	>= n. 1 programma attivo	ASFO	>= n. 1 programma attivo		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC			
				ASUGI			

1.1.3 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute

In ambito extra-sanitario continuerà la diffusione del modello WHP regionale in tutto il territorio, mediante l'adozione del Manuale WHP FVG redatto dal gruppo di lavoro nel 2022 e l'implementazione del sito regionale <https://retewhp.sanita.fvg.it/it/>. Le aziende inoltre assicureranno la partecipazione agli eventi formativi volti ad implementare la rete WHP.

In ambito sanitario continuerà la diffusione del modello Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) internazionale (www.hphnet.org) nelle sue articolazioni regionali, in qualità di interprete delle indicazioni della Total Worker Health contestualizzata al setting degli ospedali e servizi sanitari. Le aziende inoltre assicureranno la partecipazione agli eventi formativi volti ad implementare la rete HPH.

Si promuoverà l'adozione di interventi finalizzati all'adozione di stili di vita consapevoli a supporto del benessere psicofisico oltre che di azioni finalizzate al benessere organizzativo in base agli standard delle due reti di riferimento Workplace Health Promotion e Health Promoting Hospitals & Health Services, tenendo conto delle differenze fra i contesti lavorativi extra sanitari e sanitari e in particolare della complessità che il SSN sta vivendo (https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2024/06/HPH_Policy-Brief_Healthy-Workforce_2024.pdf).

Le Aziende/Irccs parteciperanno agli eventi formativi specifici, agli incontri promossi dalla Direzione Centrale Salute e da ARCS nell'ambito dei diversi gruppi di coordinamento, dando seguito alle progettualità elaborate dai gruppi stessi. Dovranno essere adottate le buone pratiche condivise sui rischi psico-sociali in sanità previste dal PRP da parte delle aziende ed enti sanitari.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- La promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita, informando medici competenti e RSPP aziendali, integrando ove possibile le azioni dei Comitati Unici di Garanzia e le altre iniziative dedicate al benessere del personale e alle strategie di prevenzione delle malattie del personale, promuovendo la partecipazione ai gruppi di lavoro regionali, garantendo percorsi di formazione in materia;
- La manutenzione del sito WHP regionale e del sito HPH regionale e delle sue articolazioni aziendali;
- La collaborazione nell'attuazione delle linee previste dal piano di prevenzione sui luoghi di lavoro che promuovono la salute;
- L'adozione di buone pratiche condivise sui rischi psico-sociali e la loro integrazione con il benessere psicofisico.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.3.a	Realizzazione da parte delle imprese aderenti al Programma nel 2023/24 di interventi previsti dal "Manuale WHP" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Percentuale delle imprese aderenti al programma che realizzano almeno un intervento	% imprese $\geq 20\%$	ASFO	% imprese $\geq 20\%$		Coordina-mento e monitorag-gio
				ASUFC			
				ASUGI			
1.1.3.b	Realizzazione da parte delle aziende sanitarie aderenti alla Rete HPH di percorsi di autovalutazione tramite "Strumento di Autovalutazione per l'implementazione degli Standard 2020 per gli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute" e di attivazione di piani di miglioramento	Percentuale delle aziende sanitarie aderenti alla rete HPH che realizzano almeno un intervento di miglioramento sulla base degli standard	% aziende sanitarie $\geq 90\%$	ASFO	% aziende sanitarie $\geq 90\%$	Coordina-mento e monitorag-gio	
				ASUFC			
				ASUGI			

1.1.4 Programma PP4 Dipendenze

L'alcol è un fattore di rischio, spesso sottovalutato, per diverse malattie e tumori, può creare dipendenza ed è spesso alla base di incidenti stradali, infortuni sul lavoro, comportamenti sessuali a rischio, episodi di violenza, che comportano importanti costi sociali e di assistenza sanitaria.

Secondo i dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTISAN) e dalle Sorveglianze PASSI e PASSI D'Argento, in Friuli Venezia Giulia l'assunzione a maggior rischio per la salute è stabilmente più elevata rispetto alla media nazionale, per tutte le classi di età, con un rapido e significativo aumento nel 2023, soprattutto a carico del genere femminile. Più elevata della media nazionale è la percentuale di persone che beve alcol pur avendo una controindicazione assoluta (epatopatie, gravidanza allattamento).

Scarsa risulta l'attenzione degli operatori sanitari al problema: la sorveglianza PASSI ha evidenziato, infatti, in tutte le Aziende Sanitarie della Regione FVG, una riduzione della percentuale di persone che hanno avuto il consiglio di bere meno alcolici, sia fra gli adulti che fra gli anziani, in controtendenza rispetto alla media nazionale.

In un contesto caratterizzato da un elevato livello di complessità e continua evoluzione, si sottolinea il valore della RETE CURANTE, sia come strumento che come risultato della formazione degli operatori, nei termini operativi di capacità di lavoro in integrazione nel territorio fra Servizi delle Dipendenze/MMG/Privato Accreditato/Privato sociale/Auto-Aiuto e tutti gli altri Servizi Socio-Sanitari ed Enti locali: la formazione congiunta intersettoriale si propone come strumento appropriato per costruire una cornice concettuale comune ed effettuare invii più appropriati fra i diversi nodi della rete curante, che hanno come esito la costruzione di percorsi più efficienti in termini di ottimizzazione delle risorse impiegate e più efficaci in termini di risposta ai bisogni soggettivi e oggettivi della persona.

Nel 2025 attraverso la formazione si intende in particolare sensibilizzare i MMG e PLS al riconoscimento dei consumi alcolici rischiosi e dei Disturbi da uso di alcool ed all'invio ai servizi dedicati, favorendo percorsi di integrazione fra Servizi delle Dipendenze e tutti gli altri nodi sanitari e sociali della rete territoriale di cura, per assicurare la continuità assistenziale e favorire l'accesso alle cure.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.4.a	Potenziamento delle sinergie e le collaborazioni della rete curante, volte alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbidità con altre dipendenze	N° di formazioni congiunte intersettoriali rivolte a MMG e PLS in collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale regionali per l'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbidità con altre dipendenze	>= 3 (almeno 1 per azienda)	ASFO	>=1	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	>=1		
				ASUGI	>=1		

1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita

Nel corso del 2025 dovranno essere implementate le collaborazioni intersettoriali con le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media.

Proseguiranno le attività formative rivolte agli operatori a contatto con utenza pediatrica e anziana, al fine di sensibilizzare genitori e caregiver ai rischi domestici e stradali, incrementare il corretto uso dei dispositivi di sicurezza, promuovere l'attività fisica e la cultura della sicurezza domestica e stradale in tutte le età.

In collaborazione con i referenti degli altri programmi (PP01, PP02, PP09, PP03, PL13) e gli stakeholder, proseguiranno le iniziative informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione di tutte le età e ai caregiver.

L'implementazione dei dati epidemiologici di esito degli incidenti stradali, per la valutazione del burden in termini di mortalità evitabile e disabilità è subordinata al superamento delle criticità legate all'utilizzo di dati sanitari, in forma semi anonimizzata, ai fini della predisposizione di reportistica.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.5.a	Attivare/ consolidare la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media	Numero di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	1 Accordo	ASFO	>1		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>1		
				ASUGI	>1		
1.1.5.b	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	Numero di eventi formativi	1 evento formativo a carattere regionale	ASFO	>1		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>1		
				ASUGI	>1		
				BURLO	>1		
1.1.5.c	Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce più a rischio (bambini, anziani)	Numero interventi di comunicazione/ informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). Disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità. Pubblicazione sul portale WHP del materiale	>=1 intervento di comunicazione per ogni Azienda sanitaria	ASFO	>= 1 intervento di comunicazione		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 1 intervento di comunicazione		
				ASUGI	>= 1 intervento di comunicazione		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento		BURLO	>= 1 intervento di comunicazione		
1.1.5.d	Migliorare i dati epidemiologici degli incidenti stradali	Report	1 report (obiettivo subordinato al superamento delle criticità legate all'utilizzo di dati sanitari, in forma semi anonimizzata, ai fini della predisposizione di reportistica)	ASFO	1 REPORT		Coordina-mento e monitorag-gio
				ASUFC	1 REPORT		
				ASUGI	1 REPORT		

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

In continuità con la programmazione precedente, le Strutture di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro svolgeranno attività di vigilanza nei settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, anche nell'ambito dei piani mirati di prevenzione, proseguendo l'azione di controllo svolta negli scorsi anni. In accordo con il Piano di prevenzione 2021 - 2025 gli interventi di vigilanza verranno integrati con i Piani Mirati di Prevenzione. I piani sono stati presentati nel 2023 nell'ambito del Comitato regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/2008 per la condivisione con tutti i portatori di interesse e tale attività proseguirà nel 2025.

Viste le caratteristiche produttive della regione in passato, dovrà essere garantita in continuità anche la sorveglianza sanitaria dei cittadini ex-esposti all'amianto che ne fanno richiesta.

1.1.6.1 Obiettivo PP06 Piano mirato di prevenzione

Le aziende sanitarie dovranno partecipare agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovranno garantire l'adozione delle seguenti buone pratiche:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.6.1.a	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni da macchine non conformi presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza macchine	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	ASFO	>= 8 imprese		Coordina-mento e monitora-ggio
				ASUFC	>= 10 imprese		
				ASUGI	>= 7 imprese		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.6.1.b	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo dei carrelli elevatori presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza machine	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	ASFO	>= 8 imprese		Coordina-mento e monitorag-gio
				ASUFC	>= 10 imprese		
				ASUGI	>= 7 imprese		

1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

Le aziende dovranno partecipare agli incontri promossi dalla Direzione Centrale e dovranno garantire l'adozione delle seguenti buone pratiche e numero di controlli:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.6.2.a	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione delle cadute dall'alto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale edilizia	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 50 imprese	ASFO	>=16 imprese		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=18 imprese		
				ASUGI	>=16 imprese		
1.1.6.2.b	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria nei lavoratori agricoli presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale agricoltura	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 75 imprese	ASFO	>= 23 imprese		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 40 imprese		
				ASUGI	>= 12 imprese		
1.1.6.2.c	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria, comprese quelle verificate per i Piani Mirati di Prevenzione	>= 5% (2.530)	ASFO	>= 643		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 1177		
				ASUGI	>= 708		
1.1.6.2.d	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria	>=n° realizzato nel 2022 (tolleranza accettabile del 10% per cantieri)	ASFO	>=n° realizzato nel 2022 (417 cantieri; 43 aziende agricole)		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=n° realizzato nel 2022 (406 cantieri; 64 aziende agricole)		
				ASUGI	>=n° realizzato nel 2022 (313 cantieri; 21 aziende agricole)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.6.2.e	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	% di visite effettuate che sono state richieste entro il 30.11.2024	>=80%	ASFO	>=80%		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=80%		
				ASUGI	>=80%		

1.1.6.3 Obiettivo PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

Le aziende dovranno partecipare agli incontri promossi dai coordinatori dei gruppi tematici e dovranno verificare che le imprese del territorio adottino:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.6.3.a	Adozione delle buone pratiche in tema di rischio stress lavoro correlato presso le imprese regionali	Numero di imprese estratte tra quelle selezionate nel 2023	>= 3 imprese	ASFO	>=1 impresa		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=1 impresa		
				ASUGI	>=1 impresa		
1.1.6.3.b	Adozione delle buone pratiche in materia di rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale rischio ergonomico	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	>= 10 imprese	ASFO	>= 3 imprese		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 4 imprese		
				ASUGI	>= 3 imprese		
1.1.6.3.c	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria negli addetti alla bonifica amianto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	>= 6 imprese per ogni Azienda	ASFO	>= 6 imprese		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 6 imprese		
				ASUGI	>= 6 imprese		
1.1.6.3.d	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione sul rischio cancerogeno da silice libera in edilizia presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 30 imprese	ASFO	100% delle 10 imprese assegnate		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	100% delle 10 imprese assegnate		
				ASUGI	100% delle 10 imprese assegnate		

1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute

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

Al fine di supportare i Dipartimenti di Prevenzione nell'implementazione delle azioni previste per soddisfare gli obiettivi stabiliti dal Piano, appare importante proseguire nel consolidamento di un modello organizzativo e metodologico di integrazione interaziendale mirato a favorire un contesto di lavoro in team.

A tale scopo proseguiranno gli incontri dei gruppi di lavoro interaziendali, coordinati dal referente regionale del Programma PP9, che attraverso una collaborazione sinergica con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie implementeranno le azioni previste dal cronoprogramma ed i relativi indicatori del Programma.

Le Aziende Sanitarie garantiscono la gestione delle attività previste dalla Commissione Regionale relative a:

- interventi assistiti con gli animali e dalla relativa normativa di settore.
- spiaggiamenti tartarughe e animali marini e dalla relativa normativa di settore.

Nell'ambito del migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano, con particolare riferimento alle nuove specie esotiche invasive e/o neofite in espansione (esempio Calabrone asiatico e Calabrone orientale) ogni Azienda renderà alla DCS, entro il 31.12.2025 le attività di sensibilizzazione sulla tematica nei confronti dei cittadini e le attività svolte di concerto con i referenti delle Aziende Sanitarie.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.7.a	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.).	N° di controlli per ciascun ispettore REACH-CLP	>= 4	ASFO	>= 4		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 4		
				ASUGI	>= 4		
1.1.7.b	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 monitoraggio
				ASUFC	>=2		
				ASUGI	>=2		
1.1.7.c	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.).	N° controlli per Azienda sanitaria	>=1	ASFO	>=1		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=1		
				ASUGI	>=1		
1.1.7.d	Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro interaziendali per l'implementazione delle azioni previste dal Programma PP9 del PRP secondo il modello organizzativo di integrazione già condiviso e adottato dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie.	N. incontri di lavoro ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>=10	ASFO	>=10		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=10		
				ASUGI	>=10		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.7.e	Partecipazione al protocollo di studio "Identificazione delle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e sorveglianza epidemiologica della popolazione residente", mediante la descrizione e l'analisi del profilo di salute della popolazione regionale. Ciascuna Azienda Sanitaria parteciperà alla stesura del documento "Profilo di salute" predisponendo la pertinente parte di competenza territoriale.	Documento "Profilo salute" di	1	ASFO	1		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	1		
				ASUGI	1		
1.1.7.f	In continuità con il Protocollo Radon adottato nel 2023 ed in relazione alla recente delibera per l'individuazione delle aree prioritarie in Friuli Venezia Giulia, prevedere l'avvio di campagne di informazione e sensibilizzazione nei Comuni delle suddette aree indirizzate ai proprietari degli edifici interessati attraverso azioni integrate con ARPA. Per ASUGI le suddette attività dovranno essere effettuate anche nelle circoscrizioni "altipiano ovest" e "altipiano est" del Comune di Trieste.	% di Comuni nei quali è stata avviata la campagna informativa	% dei Comuni del territorio con avviata campagna di informazione	ASFO	>=30%		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=20%		
				ASUGI	>=90%		

1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza

Prosegue l'attività di contrasto dell'antibiotico resistenza in ambito umano e veterinario (One Health) come obiettivo strategico del Ministero salute nel Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 e con le indicazioni operative del Piano Nazionale per il contrasto all'antibiotico resistenza 2022-2025 (PNCAR).

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

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.8.a	Governance: partecipazione al tavolo tecnico regionale del PNCAR inter-istituzionale/ intersettoriale/ interdisciplinare finalizzato al contrasto dell'AMR	N° di incontri del tavolo tecnico regionale	>= 1	ASFO	>= 1		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>= 1		
				ASUGI	>= 1		
1.1.8.b	Sorveglianza: Adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Trasmissione dei dati di resistenza secondo il protocollo della sorveglianza AR-ISS, aggiornato dalla Circolare MdS del 25/03/2022 (Sì/NO)	Sì	ASFO	Sì		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.8.c	Sorveglianza: Attivazione/mantenimento della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private	Verifica dell'attivazione della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private regionali (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile) (Sì/NO)	Sì	ASFO	Sì		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		
1.1.8.d	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Partecipazione delle Aziende regionali a: 1) Point Prevalence Survey (ECDC-PPS); indagini di prevalenza ripetute sulle ICA e sull'esposizione agli antibiotici (mese di ottobre) 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico – Protocollo Nazionale (da settembre a novembre) 3) SPINUTI: sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nelle unità di terapia intensiva (da gennaio a marzo)	>=3	ASFO	>=3		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>=3		
				ASUGI	>=3		
1.1.8.e	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Procedura regionale	>1	ASFO	>1		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>1		
				ASUGI	>1		
1.1.8.f	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Utilizzo dei dati restituiti dalla Regione e dal cruscotto specifico di Classyfarm per indirizzare le azioni di riduzione del consumo di antimicrobici (Sì/NO)	Sì	ASFO	Sì		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		
1.1.8.g	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Adozione delle linee guida nazionali pubblicate per l'uso prudente degli antimicrobici nelle singole specie zootecniche nelle attività di farmacovigilanza e per promuovere l'uso prudente di antibiotici in ambito veterinario (Sì/NO)	Sì	ASFO	Sì		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.8.h	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2023 (SÌ/NO)	SÌ	ASFO	SÌ		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	SÌ		
				ASUGI	SÌ		
1.1.8.j	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (SÌ/NO)	SÌ	ASFO	SÌ		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	SÌ		
				ASUGI	SÌ		
1.1.8.k	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici in ambito umano e veterinario	Inserimento negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, (anche in collaborazione con le altre ASL) I corsi possono essere realizzati per le singole professioni o per insiemi di professioni.	>1	ASFO	>1		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>1		
				ASUGI	>1		
1.1.8.l	Formazione sanitaria specifica sulla prevenzione delle malattie infettive in generale, e nello specifico sulla prevenzione delle ICA e delle principali malattie infettive degli animali	Inserimento negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, (anche in collaborazione con le altre ASL) per medici, veterinari e farmacisti sulla prevenzione delle malattie infettive in generale, e nello specifico sulla prevenzione delle ICA e delle principali malattie infettive degli animali	>1	ASFO	>1		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	>1		
				ASUGI	>1		

1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano

Nell'ambito delle azioni previste dal Piano nazionale di contrasto dell'antibiotico resistenza 2022-2025 (PNCAR), approvato con intesa dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 30 novembre 2022 (Rep. Atti n. 233/CSR/2022), si sviluppa, inoltre, nell'anno 2025 l'azione finalizzata al conseguimento dell'obiettivo di seguito indicato:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target Enti		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.8.1.a	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	1. Definizione di un protocollo aziendale per la segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico e di eventi di particolare rilevanza come gli <i>outbreak</i> in specifici <i>setting</i> assistenziali	Tutti gli Enti: ASFO; ASUFC; ASUGI; BURLO; CRO.	Definizione del protocollo aziendale entro il 30 giugno 2025		
		2. Adesione alla segnalazione degli eventi definiti dal protocollo	Tutti gli Enti: ASFO; ASUFC; ASUGI; BURLO; CRO	Adesione nel secondo semestre 2025 alla segnalazione almeno nell'80% degli eventi definiti nel protocollo		

1.1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità

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

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- attuazione a livello locale delle azioni/iniziative in raccordo con il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN)
- partecipazione alle attività del gruppo di lavoro per la redazione della nuova edizione delle linee guida sulla ristorazione scolastica
- partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione del nuovo sistema di monitoraggio dell'attività dell'area nutrizione
- 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

Cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.9.a	Linee guida regionali. Redazione della nuova edizione delle linee guida sulla ristorazione scolastica	Realizzazione a livello regionale della nuova edizione del documento	Evidenza documento redatto	ASFO ASUFC ASUGI	Redazione documento		Coordinamento e monitoraggio
1.1.9.b	Formazione operatori sul tema "Alimenta la tua salute al lavoro e a casa"	Corso di formazione ECM rivolto agli operatori sanitari.	>= n. 1 corso realizzato	ASUFC	>= n. 1 corso realizzato		Coordinamento e monitoraggio
				ASUGI	>= n. 1 corso realizzato		Coordinamento e monitoraggio
1.1.9.c	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 ASUFC ASUGI	>=70% >=70% >=70%		Coordinamento e monitoraggio

Cod. ob	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.9.d	Divulgazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare tramite i siti aziendali	Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	Evidenza documentale della pubblicazione	ASFO	Evidenza		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	Evidenza		
				ASUGI	Evidenza		

1.1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica

Al fine di migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG per ridurre l'insorgenza delle malattie croniche, nel 2025 proseguono le attività di sensibilizzazione nei confronti dei pazienti in sovrappeso e obesi; i valori di confronto riportati sono stati rilevati dal sistema di sorveglianza PASSI. Tra gli obiettivi, la promozione degli stili di vita sani in ambiente lavorativo, l'applicazione del calcolo del rischio CV ai lavoratori, l'invio precoce al MMG e/o specialista del paziente a rischio CV aumentato per approfondimenti e inizio di terapia (azione equity oriented).

Le Aziende sanitarie garantiranno le seguenti attività per l'anno in corso:

- Miglioramento dei livelli dell'attività fisica in pazienti sovrappeso o obesi nella regione FVG, al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche; coinvolgimento sia degli operatori aziendali che dei MMG e PLS, mediante specifici obiettivi da proporre negli accordi aziendali, utilizzando a riferimento i dati del programma PASSI (target: estendere la raccomandazione di svolgere attività fisica al 40% de sovrappeso ed al 58% degli obesi).
- Avvio 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
1.1.10.a	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età lavorativa, 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	>= 50% dei lavoratori visitati	ASFO	>= 50% visitati		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	>= 50% visitati		
				ASUGI	>= 50% visitati		
1.1.10.b	Promuovere la prescrizione dell'attività fisica e l'adozione di stili di vita sani nei soggetti a rischio CV per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche e migliorare la cura dei fattori di rischio	Potenziare il programma dell'attività fisica (2025)	Attivazione di un centro di prescrizione dell'attività fisica per azienda sanitaria	ASFO	1		Coordinamento e monitoraggio

1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni

Al fine di promuovere la salute nei primi 1000 giorni di vita, le Aziende sanitarie garantiranno le seguenti attività per l'anno in corso:

- promozione di iniziative di sensibilizzazione sul bilancio di salute pre-concezionale, con attivazione di percorsi aziendali codificati e predisposizione di materiale informativo multilingue sulla tematica
- prosecuzione della formazione sull'allattamento con metodologia BPL, indirizzata agli operatori aziendali dedicati e monitoraggio dei livelli di allattamento al seno sia in fase di dimissione dal Punto nascita che

alla seconda vaccinazione

- rafforzamento del percorso post-natale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino mediante offerta aziendale per i nuovi nati di incontri post-natali a sostegno delle competenze genitoriali
- somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio
- identificazione dei referenti aziendali del Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino e attuazione della seconda rilevazione regionale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.11.a	Aumentare l'adesione al bilancio di salute pre-concezionale	N. visite-esami preconcezionali / N. gravidanze anno 2021 vs anno 2025 x100	Aumento del 50%	ASFO	+ 50%		Monitoraggio
				ASUFC	+ 50%		
				ASUGI	+ 50%		
1.1.11.b	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%	ASFO	>=80%		Monitoraggio
				ASUFC	>=80%		
				ASUGI	>=80%		
				BURLO	>=80%		
		Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione)	>=90%	ASFO	>=90%		Monitoraggio
				ASUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
		Percentuale di registrazione del dato sull'allattamento al seno rilevato alla seconda vaccinazione	>=65%	ASFO	>=65%		Monitoraggio
				ASUFC	>=65%		
				ASUGI	>=65%		
1.1.11.c	Programma formativo "investire in salute primi 1000 giorni" Le Aziende organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2025	Almeno un evento svolto nel corso del 2025 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	>= n.1 corso realizzato	ASFO	>= 1 corso		Monitoraggio
				ASUFC	>= 1 corso		
				ASUGI	>= 1 corso		
				BURLO	>= 1 corso		
1.1.11.d	Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Percentuale dei nati prematuri < 32° settimana di età gestazionale a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	>=90%	ASFO	>=90%		Monitoraggio
				AUFC	>=90%		
				ASUGI	>=90%		
				BURLO	>=90%		
		Percentuale dei fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	>=50%	ASFO	>=50%		Monitoraggio
				AUFC	>=50%		
				ASUGI	>=50%		

1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Anche per il 2025 proseguono le attività volte a promuovere e migliorare la prevenzione delle malattie infettive.

Le Aziende sanitarie garantiranno le attività previste nel PRP per l'anno in corso ed in particolare:

- 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
- collaborazione alla definizione di almeno un protocollo aziendale finalizzato alla riduzione dei rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.12a	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%		
1.1.12b	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 su quelli osservati	100% segnalazioni su casi osservati	ASFO	100% segnalazioni		
				ASUFC	Evidenza documentale delle azioni di coordinamento e 100% di segnalazioni		
				ASUGI	100% segnalazioni		
LEA NSG P01C	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% (valore FVG 2022 93,17%)	ASFO	> 95% (valore 2022 94,43%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 93,01%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 92,22%)		
LEA NSG P02C	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% (valore FVG 2022 91,46%)	ASFO	> 95% (valore 2022 93,43%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 91,01%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 90,27%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LEA NSG P03C	Migliorare la copertura vaccinale anti-pneumococcica	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	> 95% (valore FVG 2022 89,68%)	ASFO	> 95% (valore 2022 91,56%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 90,24%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 87,19%)		
LEA NSG P04C	Migliorare la copertura vaccinale anti-meningococcica C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	> 95% (valore FVG 2022 86,48%)	ASFO	> 95% (valore 2022 89,87%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 95% (valore 2022 85,59%)		
				ASUGI	> 95% (valore 2022 84,57%)		
LEA NSG P05C	Migliorare la copertura vaccinale anti-HPV	Copertura vaccinale anti-HPV Prima dose maschi e femmine	> 70% (valore FVG 2022 19,46%)	ASFO	> 70% (valore 2022 0,20%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 70% (valore 2022 28,02%)		
				ASUGI	> 70% (valore 2022 25,85%)		
LEA NSG P06C	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% (valore 2022 58,26%)	Monito- raggio	Coordina- mento
				ASUFC	> 60% (valore 2022 54,21%)		
				ASUGI	> 60% (valore 2022 50,95%)		
Bersaglio B7.4	B7.4 Bersaglio Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25% (valore FVG 2022 21,45%)	ASFO	> 25% (valore 2022 20,60%)		Coordina- mento e monito- raggio
				ASUFC	> 25% (valore 2022 23,82%)		
				ASUGI	> 25% (valore 2022 18,63%)		
				BURLO	> 25%		
				CRO	> 25%		
				ARCS	> 25%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.12c	Procedure di acquisizione di vaccini e/o farmaci per immunizzazione passiva nel rispetto delle tempistiche	Avvio delle procedure ordinarie: 40 giorni Avvio delle procedure urgenti: 30 giorni	100%	ARCS	=100%	vedi target	Coordinamento
1.1.12d	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie infettive	% di casi di malattia batterica invasiva da meningococco/pneumococco/emofilo per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo	>80%	ASFO	>80%	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	>80%		
				ASUGI	>80%		
1.1.12e	Aumentare la copertura vaccinale per l'antinfluenzale nelle donne gravide	Numero di donne gravide vaccinate in gravidanza per l'antinfluenzale	>33%	ASFO	>33%	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	>33%		
				ASUGI	>33%		
1.1.12f	Aumentare la copertura vaccinale per dTPa nelle donne gravide	Numero di donne gravide vaccinate in gravidanza per dTPa	>33%	ASFO	>33%	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	>33%		
				ASUGI	>33%		
1.1.12g	Aumentare la copertura vaccinale dell'influenzale in specifici gruppi a rischio complicanze	Numero soggetti affetti da diabete mellito vaccinati per l'influenza	>33%	ASFO	>33%	Monitoraggio	Coordinamento
				ASUFC	>33%		
				ASUGI	>33%		

1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica

Prosegue anche nel 2025 il programma regionale di odontoiatria pubblica con la finalità di omogeneizzare l'offerta in tutto il territorio regionale, 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.

Sempre nell'ottica di implementare i servizi sulla base dei bisogni rilevati e rendere il livello qualitativo quanto più omogeneo nelle diverse aree regionali, si ritiene necessario che le Aziende sanitarie rivedano la propria organizzazione dell'offerta nel rispetto degli standard erogativi declinati negli obiettivi di seguito riportati.

Il coordinamento delle attività come previsto dalla DGR 1334 del 31.7.2019 è affidato al Direttore del centro Hub di ASUGI, con il supporto dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) e dei referenti aziendali, ed eventualmente di referenti di disciplina, e in costante relazione con la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.13a.1	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni centro di erogazione (ambulatorio, non distretto) deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni per ambulatorio/centro per anno, anche tramite riorganizzazione dei percorsi	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400	ASFO	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
				ASUGI	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		
				BURLO	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.13.a.2		Ogni centro di erogazione (ambulatorio, non distretto) deve garantire almeno il numero di prestazioni erogate nell'anno 2019	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019	ASFO	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019		
				ASUGI	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019		
				BURLO	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019		
1.1.13.b	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) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	% variabili	ASFO	<=35%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	<=35%		
				ASUGI	<=25%		
				BURLO	<=35%		
1.1.13.c	Governo delle liste di attesa e gestione delle convenzioni	Trasmissione alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale di una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa, sull'attività svolta e di tutte le informazioni previste dalla convenzione stipulata con ASUGI (SÌ/NO)	Sì	ASFO	Sì		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		
				BURLO	Sì		
1.1.13.d	Pianificazione della gestione delle risorse del personale	Trasmissione entro il 31.3.2025 di relazione sullo stato dell'arte dell'offerta odontoiatrica (con numero ore professionisti in servizio al 31.12.2019, al 31.12.2024, personale in procinto di cessare, piano per il mantenimento/ potenziamento dell'attività) (SÌ/NO)	Trasmissione relazione entro il 31/3/2025	ASFO	Trasmissione relazione entro il 31/3/2025		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	Trasmissione relazione entro il 31/3/2025		
				ASUGI	Trasmissione relazione entro il 31/3/2025		
				BURLO	Trasmissione relazione entro il 31/3/2025		
1.1.13.e	Riorganizzazione dei servizi	Garanzia di presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita nei centri dove siano attivi i percorsi scolastici (gli Enti possono attivare, o mantenere se già attivo un percorso di odontoiatria scolastica solo in caso di numerosità prestazioni - escluse visite - 2024 superiori a 2019 e se è soddisfatto il rapporto visite su prestazioni indicato per l'obiettivo 1.1.13.b)	Garantita la presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita	ASFO	Sì		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		
				BURLO	Sì		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.1.13.f	Riorganizzazione dei servizi	Presentazione da parte del Coordinatore Regionale di una proposta di aggiornamento di organizzazione entro il 30.9.2025	Presentazione della proposta di aggiornamento entro il 30/9/2025	ASUGI	Presentazione della proposta di aggiornamento entro il 30/9/2025		Coordinamento e monitoraggio
1.1.13.g	Riorganizzazione 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 (SÌ/NO)	Sì	ASFO	Sì		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	Sì		
				ASUGI	Sì		
1.1.13.h	Riorganizzazione dei servizi	Attivazione di un servizio di "PS odontoiatrico per pazienti non collaboranti" di tutta la regione con accesso a una seduta operatoria settimanale nell'ospedale di Palmanova. La seduta deve essere confermata la settimana precedente (SÌ/NO)	Sì	ASUFC	Sì		Coordinamento e monitoraggio

1.2 Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento)

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

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

La Regione Friuli Venezia Giulia con DGR n. 249 del 2022 ha definito la strategia operativa, le azioni e gli interventi da assicurare sul territorio nelle diverse fasi pandemiche, ogni azienda dovrà porre in essere tutte le azioni previste dagli obiettivi del PanFLU FVG 2021-2023 secondo le indicazioni del Piano e da quanto verrà definito dalla Direzione Centrale Salute.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.2.a	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFLU FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Evidenza dell'aggiornamento dei piani aziendali e loro applicazione	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025, sugli atti ed azioni adottate nell'anno 2024	ASFO	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025		
				ASUGI	n. 1 report, entro il 31 marzo 2025		

1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria

La Regione Friuli Venezia Giulia gestisce ed implementa il sistema di sorveglianza veterinaria secondo la normativa nazionale ed EU in tema di sanità pubblica, sicurezza alimentare, sanità animale, bio-sicurezza degli allevamenti per la produzione di alimenti, benessere degli animali, 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 Servizio 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 cogherenti.

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 2025 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, il numero di valutazioni del rischio 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

Prosegue anche per l'anno 2025 il Progetto Piccole Produzioni Locali (PPL) e in tale ambito le Aziende dovranno 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. ... Entro il 31.01.2026 le Aziende dovranno trasmettere una relazione alla Direzione Centrale Salute illustrante il numero di PPL vegetali registrate e il numero di ispezioni, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; nonché il dettaglio delle attività eseguite su prodotti lattiero caseari di malga, vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc.

Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria tutte le Aziende saranno impegnate per il tramite dei propri referenti aziendali alla realizzazione delle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione. In tale ambito i dipartimenti di prevenzione dovranno inoltre proseguire nelle attività di ispezioni presso i canili convenzionati e presso gli allevamenti per animali d'affezione.

Sul versante informatico tutte le Aziende nel corso del 2025 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
1.3.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)	n. interventi ispettivi per settore realizzati / n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.3.b	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. audit per settore realizzati/ n. audit per settore programmati per il 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.3.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)	n. valutazioni del rischio realizzate / n. valutazioni del rischio programmate per il 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.3.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)	n. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di alimenti programmati per 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	ASFO	100%		Coordinam-ento e monitoragg-io
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.3.e			100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monito-raggio

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	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 2025 da PRISAN		ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
P10Z Lea core	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 garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino*	100% (valore FVG 2021 ministeriale: 65,97%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
* indicatore composito: = $[(\text{numero delle aziende bovine controllate per anagrafe} / 3\% \text{ delle aziende bovine in BDN}) \times 100] \times 0,1$ $+[(\text{numero delle aziende ovicaprine controllate per anagrafe} / 3\% \text{ delle aziende ovicaprine in BDN}) \times 100] \times 0,05$ $+[(\text{numero di capi ovicapri controllati per anagrafe} / 5\% \text{ degli ovicapri}) \times 100] \times 0,05$ $+[(\text{numero delle aziende suine controllate per anagrafe} / 1\% \text{ delle aziende suine in BDN}) \times 100] \times 0,1$ $+[(\text{numero delle aziende equine controllate per anagrafe} / 5\% \text{ delle aziende equine in BDN}) \times 100] \times 0,1$ $+[(\text{numero degli allevamenti apistici controllati per anagrafe} / 1\% \text{ degli allevamenti in BDN}) \times 100] \times 0,1$ $+[(\text{n° dei controlli svolti mediante campionamenti ed analisi in attuazione del Piano Nazionale Alimentazione Animale dell'anno di riferimento} / \text{n° dei controlli mediante campionamenti ed analisi minimi stabiliti dal medesimo Piano per l'anno di riferimento}) \times 100] \times 0,3$ $+[(\text{n° di operatori controllati per farmacosorveglianza} / \text{operatori controllabili}) \times 100] \times 0,2.$ 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%.							
P12Z Lea NSG	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 2021 ministeriale: 98,80%)	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
* indicatore composito: = $[(\text{n° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale} / \text{n° dei controlli previsti dal medesimo Piano}) \times 100] \times 0,4$ $+[(\text{n° dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di prodotti fitosanitari in attuazione del DM 23 dicembre 1992} / \text{n° dei controlli}) \times 100] \times 0,6$							

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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%						
PZ11 Lea NSG	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N. di allevamenti controllati per ciascuna specie in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima specie) x 100	100% (soglia minima accettabile 80%)	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
		(N di allevamenti controllati per la categoria "altri bovini" in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima categoria) x100	100% (soglia minima accettabile 80%)	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
		(N. di controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione secondo le linee guida applicative del regolamento 1099/2009/ N di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano) x 100.	100% (soglia minima accettabile 80%)	ASFO	100%	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
1.3.f	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	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%	Coordinamento e monitoraggio
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
1.3.g	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%	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	
1.3.h	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%	Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%	
				ASUGI	100%	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.3.i	Igiene Urbana Veterinaria: Predisporre le attività previste per il passaggio alla Banca dati nazionale (BDN) animali d'affezione.	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.3.j	Igiene Urbana Veterinaria: garantire l'attività di controllo sanitario sui canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione inviando i verbali alla DCS	Percentuale di canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione ispezionati	100%	ASFO	100%		Monitoraggio e coordinamento
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
1.3.k	Avvio ed 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 sperimentale 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 31/12/2025	ASFO	100% utilizzo sistemi		Monitoraggio e coordinamento

1.4 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento

La Regione FVG assicura la gestione a livello regionale delle Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento" attraverso il "Centro Regionale di Riferimento PASSI e PASSI d'Argento", istituito in ASUGI, al fine di ottemperare al LEA della Prevenzione (DPCM 12/01/2017, Allegato 1 Area F).

Nel 2025 ASUGI implementerà l'organizzazione del "Centro Regionale", acquisendo le risorse necessarie a garantire le funzioni assegnate

Il Centro Regionale garantirà il coordinamento con l'ISS e gli Enti coinvolti e l'organizzazione e la conduzione delle Sorveglianze per tutte le Aziende Sanitarie della Regione, nonché la produzione degli indicatori di competenza e degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione. Ove richiesto, fornirà il supporto per indagini sul campo.

Il Centro predisporrà report su stili di vita e tematiche rilevanti ai fini della prevenzione o programmazione e di monitoraggio dell'indicatore composito P14C.

Le Aziende Sanitarie dovranno utilizzare i dati per la sensibilizzazione dell'utenza e la formazione dei medici e degli operatori sanitari ai corretti stili di vita, anche attraverso i portali regionali e i media aziendali, e per la programmazione di interventi di prevenzione finalizzati a ridurre il carico delle malattie croniche non trasmissibili, indicati dal PRP.

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 Direzione Centrale Salute, 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
1.4.a	Coordinare l'organizzazione e la gestione delle 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,)	Report	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2025	ASUGI	Report	Gestione Outbound	Monitoraggio e coordinamento tramite ASUGI, affidataria della gestione della progettualità
1.4.b	Monitorare il valore dell'indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	Report di monitoraggio per ARCS, AZIENDE E DCS	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2025	ASUGI	Report		
1.4.c	Elaborazione dati sugli stili di vita e invio report per le Aziende Sanitarie	Report stili di vita	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2025	ASUGI	Report Diffusione dei risultati		
				ASUFC	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati		
				ASFO	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati		

1.5 Attività di screening

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

Nell'ambito dell'attività di screening oncologico, è prioritario il rafforzamento e l'implementazione di un coordinamento che garantisca il coerente sviluppo dell'attività a livello regionale, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo, nonché l'integrazione dell'intero processo che parte dall'informazione al paziente fino all'eventuale presa in carico nel PDTA specialistico, passando per l'invito, il test diagnostico, la refertazione e la visita.

Nel corso del 2024 ARCS ha rivisto il modello di governo dello screening che entrerà a regime entro i primi 6 mesi del 2025. Il modello prevede che ARCS abbia la responsabilità del coordinamento del sistema di screening, inteso anche come definizione dei criteri di inclusione e degli standard operativi, nonché di supervisione del funzionamento complessivo delle attività misurandone le performance. In tal senso, ARCS, oltre a ricercare l'integrazione dei percorsi di screening nei PDTA nuovi ed esistenti, riattiva gli incontri periodici con i referenti screening aziendali e con il gruppo dei radiologi refertatori per avviare percorsi di audit e di miglioramento della qualità. Solo per quanto attiene lo screening mammografico ARCS ha la responsabilità dell'esecuzione dell'indagine di primo livello (in quanto DEC del contratto di service del mammografo mobile) la cui refertazione rimane in capo alle Aziende per il tramite dei professionisti inseriti nelle strutture di radiologia aziendali che rispondono ai requisiti tecnico professionali previsti, ovvero 5000 letture/anno o aver partecipato con esito positivo al corso di formazione regionale screening. Le Aziende sono responsabili dell'attuazione operativa dei tre screening sia per il primo che per il secondo livello attraverso le attività specifiche dei professionisti coinvolti assicurando l'adeguata allocazione delle risorse.

Sempre nell'ottica di rafforzamento dell'attività di coordinamento degli Enti e delle attività, ARCS proseguirà negli incontri periodici con i referenti screening aziendali e gli incontri periodici con il gruppo dei radiologi refertatori per avviare i percorsi di audit e di miglioramento della qualità.

Le aziende si impegnano a mantenere i livelli di performance già raggiunti anche laddove il presente documento non preveda obiettivi specifici (a titolo esemplificativo % dei casi di secondo livello chiusi correttamente nello screening mammografico, ecc.)

Per aumentare i livelli di adesione alle campagne di screening, rendendo anche più capillari ed efficaci gli inviti, occorre coinvolgere maggiormente i medici di medicina generale, coinvolgendo anche AFT e UCCP in un contesto di massima prossimità. In tal senso, e nello specifico caso dello screening colon-retto, è confermato il coinvolgimento delle farmacie convenzionate sul territorio regionale.

Di seguito vengono indicati alcuni degli obiettivi da raggiungere nelle attività da svolgersi.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.a	Attivazione incontri periodici con referenti screening aziendali e radiologi refertatori	Primo incontro tenuto e documentato	31.03.2025	ARCS	vedi target ; coordinamento	
1.5.b	Metodologia per il controllo qualità dei percorsi di screening	Approvazione e trasmissione alle Aziende di un documento che contenga indicazioni metodologiche per la misurazione della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia dei percorsi di screening, nonché la previsione di percorsi di audit da implementarsi anche all'interno delle Aziende	31.07.2025	ARCS	v. target	
1.5.c	Piani audit aziendali	Approvazione da parte delle Aziende di 1 piano audit per Azienda con riguardo ai percorsi di screening 2026, secondo le indicazioni metodologiche di ARCS	31.12.2025	ASFO ASUGI ARCS	Coordinamento e monitoraggio	-

1.5.1 Screening Service Uterina

Anche per il 2025 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
1.5.1.a	Adesione allo screening della cervice uterina (popolazione riferimento donne obiettivo 25-65 anni)	% adesione alla proposta di screening della cervice uterina	≥64% donne convocate (valore FVG 2023 75,25%)	ASFO	≥ 68% (valore 2023 80,34%)	Compartecipa quale corresponsabile del raggiungimento del target regionale: adesione ≥64% donne convocate	
				ASUFC	≥64 (valore 2023 73,84%)		
				ASUGI	≥ 60% (valore 2023 73,81%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.1.b	Diminuire i tempi di refertazione degli HPV test	% HPV refertati entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	> 90% entro 21 giorni dalla data di esecuzione del prelievo	ASUGI	>= 90% (valore 2023 99,7%)	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	
1.5.1.c	Tempi di refertazione PAP test di secondo livello (servizio centralizzato in ASUGI a partire dal 2023)	% Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	>=85% entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	ASUGI	>=85% (valore 2023 80,56%)	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	
1.5.1.d	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	>= 90% appuntamento entro 5 settimane (valore FVG 2023 33,1% valore gen lug 30,86%)	ASFO	>= 90% (valore 2023 17,24%)	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% (valore 2023 24,81%)		
				ASUGI	>= 90% (valore 2023 40,31%)		
				CRO	>= 90% (valore 2023 38,30%)		
				BURLO	>= 90% (valore 2023 54,05%)		
1.5.1.e	Tempi di refertazione PAP test di secondo livello (servizio centralizzato in ASUGI a partire dal 2023)	% Pap test di secondo livello refertati entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	>=85% entro 15 gg lavorativi dalla colposcopia	ASUGI	>=85% (valore 2023 80,56%)	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	

1.5.2 Screening mammografico

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.2.a	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni.	>=64% donne convocate (valore FVG 2022 57,05%)	ASFO	>=64% (valore 2023 58,17%)	Compartecipa quale corresponsabile del raggiungimento del target regionale: adesione >=64% donne convocate	
				ASUFC	>=64% (valore 2023 56,6%)		
				ASUGI	>=64% (valore 2023 56,82%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.2.b	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% (valore FVG 2022 82,05%)	ASFO	≥ 90% (valore 2023 85,76%)	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% (valore 2023 83,52%)		
				ASUGI	≥ 90% (valore 2023 77,39%)		
				CRO	≥ 90% (valore 2023 79,28%)		
1.5.2.c	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% (valore FVG 2023 8,99%)	ASFO	< 10% (valore 2023 3,74%)	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	< 10% (valore 2023 8,64%)		
				ASUGI	< 10% (valore 2023 12,37%)		
				CRO	< 10% (valore 2023 10,34%)		
1.5.2.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	≥85% (valore FVG 2022 82,94%)	ASFO	≥ 85% (valore 2023 86,02%)	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	≥ 85% (valore 2023 96,3%)		
				ASUGI	≥ 85% (valore 2023 64,04%)		
				CRO	≥ 85% (valore 2023 60,25%)		

1.5.3 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
1.5.3.a	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).	≥60% popolazione convocata (valore FVG 2023 54,58%)	ASFO	≥60% (valore 2023 56,97%)	Compartecipa quale corresponsabile del raggiungimento del target regionale: adesione ≥60% della popolazione convocata	
				ASUFC	≥60% (valore 2023 55,14%)		
				ASUGI	≥60% (valore 2023 51,97%)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
1.5.3.b	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% (valore FVG 2023 95,23%)	ASFO	≥95% (valore 2023 81,43%)	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	≥95% (valore 2023 99,4%)		
				ASUGI	≥95% (valore 2023 97,5%)		
				CRO	≥95% (valore 2023 96,8%)		
1.5.3.c	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%	≥ 90% (valore FVG 2023 60,89%)	ASFO	≥ 90% (valore 2023 51,91%)	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% (valore 2023 53,26%)		
				ASUGI	≥ 90% (valore 2023 88,64%)		
1.5.3.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	≥85% (valore FVG 2023 80,02%)	ASFO	≥85% (valore 2023 56,77%)	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	≥85% (valore 2023 78,39%)		
				ASUGI	≥85% (valore 2023 88,67%)		
				CRO	≥85% (valore 2023 78,01%)		

2. ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati 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
Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4,00 (valore FVG 2023 8,14)	ASFO	≥ 4,00 (valore 2023 8,21)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto	Adeguamento sistema informativo
				ASUFC	≥ 4,00 (valore 2023 7,40)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				ASUGI	>= 4,00 (valore 2023 9,12)	utilizzo della cartella territoriale ADI)	cartella territoriale
Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 3,00 (Valore FVG 2023 3,83)	ASFO	>= 3,00 (valore 2023 2,50)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	Adeguamento sistema informativo cartella territoriale
				ASUFC	>= 3,00 (valore 2023 4,43)		
				ASUGI	>= 3,00 (valore 2023 4,11)		
Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,00 (Valore FVG 2023 1,09)	ASFO	>= 2,00 (valore 2023 1,25)	Coordinamento e monitoraggio (definizione di linee guida sul corretto utilizzo della cartella territoriale ADI)	Adeguamento sistema informativo cartella territoriale
				ASUFC	>= 2,00 (valore 2023 1,24)		
				ASUGI	>= 2,00 (valore 2023 0,74)		
Lea NSG D27C	Miglioramento della percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<= 6,00 (Valore FVG 2023 7,19%)	ASFO	<= 6,00 (valore 2023 8,83%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
LEA NSG D04C	Mantenimento/miglioramento del tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	<= 81	ASFO	<= 81	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<= 81		
				ASUGI	<= 81		
LEA NSG D05C	Mantenimento/miglioramento del 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).	<60	ASFO	<60	Compartecipa quale responsabile del raggiungimento del target regionale	
				ASUFC	<60		
				ASUGI	<60		
Lea NSG D06C	Mantenimento/miglioramento 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 (valore FVG 2023 21,15)	ASFO	<20 (valore 2023 18,64)	Compartecipa quale responsabile del raggiungimento del target regionale	
				ASUFC	<20 (valore 2023 14,82)		
				ASUGI	<20 (valore 2023 32,56)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
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)	<25,00% (valore FVG 2023 31,86%)	ASFO	<40,00% (valore 2023 43,61%)	Compartecipa quale responsabile del raggiungimento del target regionale	
				ASUFC	<27,00% (valore 2023 27,51%)		
				ASUGI	<25,00% (valore 2023 29,04%)		
Bersaglio C13A.2.2.2	Migliorare la percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	<10% (valore FVG 2023 12,68%)	ASFO	<11% (valore 2023 11,26%)	Compartecipa quale responsabile del raggiungimento del target regionale	
				ASUFC	<11% (valore 2023 13,43%)		
				ASUGI	<11% (valore 2023 13,04%)		
Bersaglio C9.1	Migliorare il consumo di inibitori di pompa protonica sul territorio	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	< 30 (valore FVG 2023 30,91)	ASFO	< 30 (valore 2023 33,50)	Compartecipa quale responsabile del raggiungimento del target regionale	
				ASUFC	< 30 (valore 2023 32,89)		
				ASUGI	< 30 (valore 2023 26,06)		

2.2 Medicina convenzionata

Entro febbraio 2025 la Regione formalizza i regolamenti di funzionamento delle AFT per consentire l'avvio delle stesse, entro il 30 giugno 2025, come previsto dall'ACN 2024. In seguito agli indirizzi regionali le Aziende dovranno provvede a stipulare gli accordi aziendali entro aprile per MMG PLS e SAI e ad individuare i referenti AFT.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
2.2.a	Avvio delle AFT come previsto da ACN 2024.	Formalizzazione accordo aziendale per il funzionamento delle AFT	Entro 30.04.2025	ASFO	Entro 30/04/2025.		Rilascio di indirizzi regionali.
				ASUFC	Entro 30/04/2025		
				ASUGI	Entro 30/04/2025		
		Individuazione referenti AFT	Entro 31.05.2025	ASFO	Entro 31.05.2025		
				ASUFC	Entro 31.05.2025		
				ASUGI	Entro 31.05.2025		
		% di AFT che ha verbalizzato almeno un incontro entro il 30/06/2025	100%	ASFO	100%		
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		

3. INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

3.1 Attività di presa in carico e unità di valutazione multidimensionale

Tutta la recente normativa in materia di anziani, persone con disabilità, minori e adulti fragili sottolinea l'importanza di costruire percorsi di presa in carico condivisi e integrati, nonché la realizzazione di reti tra il sistema sociale e quello sanitario.

Coerentemente con gli step previsti dal Piano nazionale FNA 2022-2024 in relazione alla progressiva attuazione dei LEPS di processo, le aziende adottano protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comuni all'Azienda sanitaria e agli Ambiti sociali di competenza territoriale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.1.a	Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione	Invio alla Direzione regionale dell'evidenza dell'adozione dei protocolli di funzionamento dell'UVM, comuni all'ASS e agli ATS di competenza territoriale	Invio entro il 31.12.2025	ASUGI	Accordo entro il 31.12.2025		
				ASUFC	Accordo entro il 31.12.2025		
				ASFO	Accordo entro il 31.12.2025		

3.2 Non autosufficienza anziani

Come per l'anno 2024, le Aziende proseguono l'attività di sorveglianza attiva rivolta alla popolazione anziana a rischio di fragilità, denominata PRISMA 7, con le medesime modalità garantendo la trasmissione dei relativi dati nell'ambito dei flussi informativi. Le Aziende proseguono altresì l'attività di monitoraggio della qualità all'interno delle Residenze per anziani, attraverso la realizzazione di visite di audit raccordandosi con gli obiettivi specifici individuati nel paragrafo ... relativo al rischio clinico e Rete Cure sicure.

Nel corso del 2024, la Regione ha attivato la Cabina di regia per l'attuazione del percorso di riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani. Le Aziende sanitarie garantiscono la partecipazione dei propri rappresentanti alle attività della Cabina di regia con cadenza bimestrale e ai relativi tavoli tematici secondo il calendario definito dal competente servizio della DCS.

Nell'ambito del suddetto percorso di riqualificazione, la Regione ha altresì avviato, a partire dal 2023, il procedimento di accreditamento dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti (D.P.Reg. 107/2022), che prosegue anche nel 2025 con le attività finalizzate al rilascio dell'accREDITamento definitivo. A tal riguardo, le Aziende procedono all'individuazione di almeno un referente aziendale esperto in materia di servizi residenziali e semiresidenziali per anziani che partecipi alle attività propedeutiche alla realizzazione del procedimento.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.2.a	Partecipazione attività propedeutiche all'accREDITamento definitivo dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani	Partecipazione ad almeno 2 incontri su indicazione della DCS	entro il 31.12.2025	ASUGI	entro il 31.12.2025		
				ASUFC	entro il 31.12.2025		
				ASFO	entro il 31.12.2025		

Nell'ambito delle problematiche legate alla non autosufficienza, la promozione di interventi rivolti alle persone con demenza, ai loro familiari e caregiver rappresenta un ambito sul quale la Regione intende continuare ad agire con priorità. A tal riguardo, con DGR 1964/2021, la Regione ha approvato le linee di indirizzo per la realizzazione della sperimentazione denominata "Domiciliarità comunitaria" che prevede la realizzazione di percorsi di amministrazione condivisa (coprogrammazione e coprogettazione) finalizzati alla definizione di interventi e servizi a favore delle persone affette da demenza. Nel corso del 2024 si sono conclusi i percorsi di coprogrammazione avviati nel 2023 nei tre territori pilota di Sacile, Trieste e Udine, che hanno coinvolto Aziende sanitarie, Servizi Sociali dei Comuni, Enti del Terzo settore e Associazioni dei familiari di persone affette da demenza. Le risultanze di tali percorsi hanno fornito indicazioni e proposte puntuali per il miglioramento del sistema complessivo della presa in carico e della rete dei servizi, anche con riguardo all'orientamento dei diversi livelli di governance. Parallelamente, con DGR n. 1413/2023, è stato approvato il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) delle demenze, che prevede una riorganizzazione dei servizi per tutelare i percorsi di presa in carico delle persone e garantire omogeneità sul territorio regionale.

Nel 2025 le Aziende sanitarie, assieme ai Servizi sociali dei Comuni degli Ambiti di Trieste, Livenza- Consiglio-Cavallo e Friuli Centrale, proseguono la realizzazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria, secondo le indicazioni previste dalle DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024, che porteranno alla definizione di interventi e servizi a favore delle persone con demenza nei rispettivi territori pilota.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.2.b	Realizzazione della sperimentazione "Domiciliarità comunitaria" (1964/2021 e DGR 1376/2024)	Nei territori pilota Adozione di determina a conclusione della procedura di coprogettazione avviata con i soggetti del Terzo Settore attuatori dei servizi/interventi volti a soddisfare i bisogni rilevati nella fase di coprogrammazione	Entro 30.06.2025	ASUGI	Entro 30.06.2025		
				ASUFC	Entro 30.06.2025		
				ASFO	Entro 30.06.2025		
		Attivazione di progetti personalizzati finanziati con budget personale	Almeno 20 progetti entro 31.12.2025	ASUGI	Almeno 8 progetti entro 31.12.2025		
				ASUFC	Almeno 8 progetti entro 31.12.2025		
				ASFO	Almeno 4 progetti entro 31.12.2025		

Parallelamente, nel 2025 le Aziende sanitarie proseguono l'implementazione e perfezionamento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale relativo alle persone con demenza in coerenza con le indicazioni di cui alla DGR 1413/2023, tenendo in considerazione anche le risultanze emerse dai tavoli di coprogrammazione realizzati nell'ambito della sperimentazione di Domiciliarità comunitaria.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.2.c	Implementazione del PDTA delle demenze secondo indicazioni (DGR 1413/2023)	Attivazione dei CDCD secondo le indicazioni del PDTA delle demenze	Entro 31.12.2025	ASUGI	Entro 31.12.2025		
				ASUFC	Entro 31.12.2025		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
				ASFO	Entro 31.12.2025		

3.3 Disabilità

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo regolamento FAP (DPRReg. N.214/2023), al fine di garantire il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento 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
3.3.a	Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP	Numero di accertamenti 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 2025 per l'accesso all'art. 9 del FAP	70%	ASUGI	70%		
				ASUFC	70%		
				ASFO	70%		

La legge regionale 14 novembre 2022, n. 16 recante "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia" ha ridisegnato il complessivo assetto organizzativo delle competenze in materia di disabilità. Come previsto dall'art. 8, comma 16, lettera b), della LR 8/2024, anche l'anno 2025 sarà un anno di transizione che permetterà al sistema di riorganizzarsi per trasferire la titolarità dei servizi e degli interventi di tipo residenziale, semiresidenziale e finalizzati all'inserimento lavorativo riconducibili ai livelli essenziali di assistenza (LEA) nel novero delle competenze delle Aziende sanitarie.

La normativa regionale, inoltre, 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 2025 le Aziende sanitarie sono chiamate a:

1. procedere alla 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
3.3.b.1	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	100% entro 31/12/2025	ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		
				ASFO	100%		

2. Provvedere a formare adeguatamente (art.23, comma 3, LR 16/22) e abilitare al sistema informativo dedicato il personale che si occuperà della valutazione multidimensionale con strumento Q-VAD

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.b.2	Formazione con corso FAD Q-VAD e abilitazione al sistema informatico dedicato del personale della SOC disabilità	% personale formato e abilitato	50% entro 31/12/2025	ASUGI	50%		
				ASUFC	50%		
				ASFO	50%		

La letteratura internazionale ha largamente documentato la vulnerabilità biologica individuale e le difficoltà di accesso delle Persone con Disabilità (PcD) alla diagnostica, alle cure primarie, specialistiche ambulatoriali e ospedaliere. Per le persone con disturbi dello sviluppo intellettivo un problema rilevante e specifico è l'accesso alla diagnosi e a cure psichiatriche di qualità. Più in generale, evidenze scientifiche consolidate mostrano come le patologie internistiche e mentali siano maggiormente presenti nelle persone con disabilità intellettiva rispetto alle persone con sviluppo tipico. Le PcD presentano un livello di assistenza sanitaria molto spesso inadeguato e lamentano grandi difficoltà nel raggiungere i servizi: per queste persone, in particolare per quelle che presentano disabilità intellettive che si accompagnano quasi inevitabilmente a deficit comunicativi, non sono di norma definiti protocolli di accesso differenziati e dedicati sia per assistenza ospedaliera che per quella ambulatoriale.

La Regione, nella DGR 1690/2023 ("Atto di indirizzo recante le indicazioni per la nuova configurazione dei servizi e per il conseguente adeguamento degli atti aziendali. Articolo 18, comma 2 della legge regionale 14 novembre 2022, n. 16") prende atto delle ampiamente documentate e significative barriere all'accesso alla diagnostica e alle cure ambulatoriali e ospedaliere delle persone con disabilità e fornisce indirizzo affinché in ogni Azienda Sanitaria vengano predisposte le opportune soluzioni logistiche, organizzative e tecniche in modo tale che la presa in carico sanitaria delle persone con disabilità sia garantita senza discriminazioni rispetto alla popolazione generale. Tali previsioni normative sono anticipate nella LR 22/2019, che individua al suo art. 26, comma 7, la necessità di promuovere e sostenere presso tutte le strutture ospedaliere percorsi specificamente strutturati di accoglienza e gestione delle persone con disabilità e loro familiari, che a vario titolo accedono ai servizi ospedalieri, specie per le persone con bisogni di sostegno complessi e per quelle non collaboranti.

Data la complessità del tema e le complesse implicazioni organizzative necessarie per affrontare il problema, nel 2025 verrà messo a fuoco in modo specifico il tema dell'accesso ai servizi sanitari della popolazione con disturbi dello sviluppo intellettivo attraverso azioni mirate.

Al fine di accompagnare l'attuazione e monitorare l'applicazione delle indicazioni generali delle previsioni normative regionali, per l'anno 2025 si richiede alle Aziende sanitarie regionali di:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.c	Partecipare alle attività del costituendo tavolo di lavoro regionale finalizzato alla definizione delle procedure nelle Aziende per l'accesso delle persone con disabilità ai servizi sanitari (in emergenza-urgenza, in regime ambulatoriale e di ricovero)	Partecipazione al tavolo di lavoro. Applicare le procedure.	Procedure definite entro 30.06.2025. Applicazione delle procedure entro ottobre 2025.	ASUGI	Entro 31.12.2025		
				ASUFC	Entro 31.12.2025		
				ASFO	Entro 31.12.2025		

3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica

La tutela della salute delle persone con grave disabilità cognitiva o fisica rappresenta un obiettivo fondamentale del SSR; è pertanto compito del SSR garantire la piena accessibilità alle cure primarie e la fruizione dei servizi sanitari di secondo e terzo livello.

Le persone con disabilità (sia fisica che cognitiva) possono infatti incontrare difficoltà in occasione di accessi ai servizi sanitari non determinati dalla disabilità stessa; in particolare le difficoltà possono manifestarsi nel sottoporsi ad una visita ambulatoriale, nell'attesa in Pronto Soccorso, oppure durante una degenza ospedaliera in un reparto per pazienti acuti.

In questa prospettiva, anche grazie al contributo delle Associazioni rappresentative, sono state individuate alcune azioni che possono sicuramente rendere più agevole l'utilizzo dei servizi sanitari per queste persone; sono pertanto assegnati conseguentemente agli Enti i seguenti obiettivi

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.1.a.1	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Individuazione all'interno del PS di un locale/spazio separato per l'attesa della visita, sia per il disabile che per l'assistente	ubicazione del locale/spazio separato comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31/01/2025	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
3.3.1.a.2	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Disponibilità nel PS di almeno un lettino visita per obesi, di un sollevamale e dei presidi antidecubito.	Effettiva disponibilità delle dotazioni nel PS al 30/06/2025	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
3.3.1.a.3	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30/06/2025	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
3.3.1.b.1	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30/06/2025	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			
3.3.1.b.2	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31/08/2025	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO			
				CRO			

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.3.1.c	Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ...) per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva	Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto	ASFO	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto		
				ASUFC			
				ASUGI			
				BURLO	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica nella sede ospedaliera		
				CRO			
3.3.1.d.1	Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità	Esistenza di piano aziendale di controllo odontoiatrico nelle comunità che ospitano gravi disabili	Piano aziendale adottato entro il 30.06.2025	ASFO	Vedi target		
ASUFC							
ASUGI							
3.3.1.d.2		Avvio applicazione piano di controllo odontoiatrico nelle comunità che ospitano gravi disabili	Avviata l'applicazione del piano entro il 30.10.2025	ASFO	Vedi target		
ASUFC							
ASUGI							
3.3.1.d.3		Individuazione di almeno un ambulatorio per Stabilimento ospedaliero con caratteristiche adeguate al trattamento odontoiatrico di persone con gravi disabilità	Formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025	ASFO	Vedi target		
				ASUFC			
	ASUGI						
	BURLO						

3.4 Minori

Le Linee di indirizzo per l'affidamento familiare, approvate in Conferenza unificata con accordo tra Stato, Regioni, Province autonome e enti locali l'8 febbraio 2024 (Rep. atti n. 17/CU), rappresentano il risultato di un lavoro pluriennale con i diversi attori coinvolti e hanno l'obiettivo di indirizzare, sostenere e disciplinare l'affidamento come modalità, condivisa e omogenea a livello nazionale, di tutela, protezione e intervento in favore del minore.

Nelle stesse si prevede la realizzazione di Centri/Servizi per l'affidamento familiare che si configurano come strutture organizzative dei servizi sociali territoriali e al cui interno opera un'equipe multiprofessionale di natura integrata socio sanitaria. Tale équipe è composta, secondo le indicazioni nazionali, da un congruo numero di operatori dei servizi sociali e sanitari che dedicano specificatamente ore lavoro in base ai bisogni dell'utenza.

A livello regionale si ritiene utile applicare il concetto di area vasta per la promozione dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi collegati all'affidamento familiare, favorendo sinergie e accordi tra più Ambiti Territoriali sociali e le aziende sanitarie di riferimento.

Per l'anno 2025 tutte le Aziende sanitarie e i Servizi sociali dei Comuni stipulano appositi protocolli operativi per la costituzioni di équipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, che potranno essere costituite anche su base sovradistrettuale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.4.a	Stipulare accordi/protocolli operativi tra AS e SSC per la costituzione di equipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, anche sovradistrettuale	Presenza protocollo	Entro 31.12.2025	ASFO	Presenza protocollo		
				ASUGI	Presenza protocollo		
				ASUFC	Presenza protocollo		

Con l'estensione dei finanziamenti del Fondo per l'autonomia possibile (art. 10 DPR n. 214/2023) anche per i progetti personalizzati sostenuti da Budget di salute rivolti a minori in carico ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con problematiche di salute mentale e/o dipendenze, unitamente al finanziamento sociosanitario già previsto a supporto della metodologia stessa e al rilascio nel 2024 del nuovo sistema informativo regionale dedicato, si prevede, anche ai fini di avviare un monitoraggio regionale, l'inserimento dei progetti personalizzati con budget di salute in Point Npia.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.4.b	Garantire ai minori con bisogni complessi in carico ai Servizi di neuropsichiatria l'attivazione di un progetto personalizzato	% di progetti personalizzati con budget di salute a favore di minori con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point Npia	100%	ASFO	100%		Coordinamento e monitoraggio
				ASUGI	100%		
				ASUFC	100%		
				BURLO	100%		

3.5 Consulori familiari - attività sociosanitaria -

In relazione alle Linee Guida nazionali e regionali sugli affidi familiari e alla individuazione dei componenti l'equipe multiprofessionale specificatamente dedicata (v. obiettivo Minori) sono a carico dei Consulori familiari:

- la valutazione della recuperabilità delle funzioni genitoriali delle coppie
- il conseguente trattamento psicoterapeutico a favore della famiglia d'origine,
- il coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici (quali ad esempio Neuropsichiatria infantile, Servizi per le dipendenze, Dipartimento di salute mentale) su specifiche problematiche di cura e riabilitazione del bambino in affidamento familiare e/o della sua famiglia
- la stretta integrazione con i Servizi sociali dei Comuni nelle azioni di monitoraggio e di sostegno del minore, attivando tutti gli interventi atti a favorirne il futuro rientro nella famiglia di origine.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.5.a	Garantire alle famiglie d'origine di minori in affido incontri di supporto per il recupero delle competenze genitoriali	Ad almeno 10 famiglie d'origine con un minore in affidamento vengono garantiti 2 incontri di supporto alla genitorialità	Entro 31.12.25	ASFO	10 famiglie 20 incontri		
				ASUGI	10 famiglie 20 incontri		
				ASUFC	10 famiglie 20 incontri		

3.6 Salute mentale e dipendenze

In attesa di adozione del nuovo Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale, che interverrà, tra l'altro, sull'organizzazione dei servizi e l'integrazione sociosanitaria, proseguiranno le attività del Tavolo Tecnico Regionale 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. Sarà avviata un'attività di sistematizzazione e successivo inserimento in Point pSM dei programmi di abitare supportato, formazione e inserimento lavorativo, di protagonismo e socializzazione (art. 33 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.6.a.1	Qualificazione dei programmi di riabilitazione e inclusione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione	Adesione all'attività di mappatura regionale dei programmi riabilitativi e di inclusione sociale attivati dalle Aziende, con particolare riferimento alla funzione residenziale e semiresidenziale	>=3	ASFO	>=1		Coordinamento delle attività
				ASU GI	>=1		
				ASUFC	>=1		
3.6.a.2		% di progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point pSM entro 30 giorni dalla presa in carico	100%	ASFO	100%		
				ASU GI	100%		
				ASUFC	100%		

Per l'area delle dipendenze, l'estensione dei finanziamenti a valere sul Fondo per l'autonomia possibile a copertura della quota sociale del Budget di Salute (art. 10 DPR n. 214/2023) ha dato impulso a un nuovo corso nell'implementazione e diffusione dello strumento. Nel 2025 si darà avvio ad attività di monitoraggio che restituiscano dati e informazioni anche qualitative, nella prospettiva della valutazione di efficacia dei percorsi.

Nel corso del 2024, gli uffici regionali, i SerD e le Comunità terapeutiche hanno lavorato alla fattibilità dell'estensione del sistema informativo GeDi (nell'ambito delle previsioni dell'articolo 39, c. 1 bis, della legge regionale 22/2019), individuando le funzionalità specifiche per la registrazione dei dati relativi al percorso terapeutico in Comunità. Si tratterà nel prosieguo di formalizzare e portare a compimento la realizzazione del progetto di estensione, quale tappa di semplificazione (eliminazione di duplicazioni nella registrazione dei dati ed efficientamento dei flussi informativi) nel percorso di condivisione degli strumenti in uso verso l'integrazione delle diverse componenti.

Sino a operatività dell'allargamento, i SerD provvederanno alla compilazione di un foglio excel dedicato alla rilevazione dei dati (anche economici) relativi agli inserimenti in Comunità terapeutica secondo il dettaglio elaborato a livello regionale e con i SerD condiviso, anche per corrispondere alle nuove richieste informative che pervengono dal livello nazionale non soddisfacenti, allo stato, dal flusso SIND (Sistema informativo nazionale dipendenze).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.6.b.1	Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con	Monitoraggio semestrale dei PTRI sostenuti da BdS per fasce d'età, sesso, comorbidità, tipologia di	Report a DCS al 30 giugno e al 31 dicembre	ASFO	2 report		Coordinamento e monitoraggio attività
				ASU GI	2 report		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.6.b.2	dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione		ASU FC	2 report		
		Trasmissione alla DCS dei dati relativi agli inserimenti in comunità terapeutica intra ed extraregione, acquisiti secondo il modello messo a disposizione dalla DCS	Entro il 20 gennaio	ASFO	Sì/no		
				ASU GI	Sì/no		
				ASUFC	Si/no		

Le aree delle dipendenze e della salute mentale, a conclusione del progetto CCM “Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati” finanziato dal Ministero della salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, si impegneranno a valorizzarne gli esiti, realizzando un'attività valutativa partecipata di tipo qualitativo del processo di costruzione e realizzazione dei progetti personalizzati sostenuti da Budget di salute. L'attività sarà focalizzata sugli elementi qualificanti della metodologia, con particolare riguardo al protagonismo della persona, all'autodeterminazione, all'integrazione sociosanitaria, alla recovery personale e al welfare di comunità, con il coinvolgimento delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di familiari e degli Enti del Terzo Settore (ETS).

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
3.6.c	Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di familiari e degli ETS	Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	>=9	ASFO	>=3		Coordinamento e monitoraggio
				ASU GI	>=3		
				ASUFC	>=3		

4. ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera le linee di indirizzo regionali del 2025 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 e 2024 dei percorsi di miglioramento che hanno portato, seppur in maniera non omogenea a livello regionale, dei risultati incrementali rispetto agli anni precedenti. Diventa pertanto fondamentale proseguire nelle attività di monitoraggio e benchmark 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 2025 rappresentano obiettivo per ogni azienda regionale, nell'ottica di avvicinare le performance regionali ai valori medio alti del Network delle Regioni, di ridurre le variabilità presente nel territorio regionale, oltre che a perseguire i target previsti dalle indicazioni nazionali e regionali.

4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LeaNSCH04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,15 (valore FVG gen ago 2024 0,22)	ASFO	<= 0,15 (valore gen ago 2024 0,21)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<= 0,15 (valore gen ago 2024 0,22)		
				ASUGI	<= 0,17 (valore gen ago 2024 0,23)		
				BURLO	<= 0,20 (valore gen ago 2024 0,28)		
				CRO	<= 0,65 (valore gen ago 2024 0,39)		
LeaNSCH05Z	Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90 (valore FVG gen ago 2024 73,66)	ASFO	>= 90 (valore gen ago 2024 58,65)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 90 (valore gen ago 2024 87,22)		
				ASUGI	>= 90 (valore gen ago 2024 67,15)		
Bersaglio C2A.M	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore FVG 2023 0,5)	ASFO	<0,00 (valore 2023v-0,28)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<0,00 (valore 2023 1,06)		
				ASUGI	<0,00 (valore 2023 0,68)		
				BURLO	<0,00 (valore 2023 - 0,16)		
				CRO	<0,00 (valore 2023 - 1,42)		
Bersaglio C2A.C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 (valore FVG 2023 1,04)	ASFO	<0,00 (valore 2023 0,36)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	<0,50 (valore 2023 1,29)		
				ASUGI	<1,00 (valore 2023 1,23)		
				BURLO	<0,00 (valore 2023 0,71)		
				CRO	<0,80 (valore 2023 1,31)		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
LeaNSG H13C	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali HUB)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG gen ago 2024 71,86%)	ASFO	>= 65% (valore gen ago 2024 77,55%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 65% (valore gen ago 2024 67,35%)		
				ASUGI	>= 65% (valore gen ago 2024 72,06%)		
LeaNSG H13C	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali SPOKE)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali SPOKE)	>= 80% (valore FVG gen ago 2024 59,86%)	ASFO	>= 80% (valore gen ago 2024 29,49%)	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	>= 80% (valore gen ago 2024 55,05%)		
				ASUGI	>= 80% (valore gen ago 2024 85,19%)		

4.2 Assistenza materno infantile

Nel corso dell'anno 2025 verranno poste in essere una serie di attività finalizzate a consolidare il percorso nascita, inteso come presa in carico della donna dall'inizio della gravidanza fino al puerperio.

Per tale finalità DCS elaborerà delle specifiche linee di indirizzo entro aprile 2025 e le aziende dovranno successivamente definire le procedure aziendali entro luglio 2025 ed applicarle.

Sempre nel corso dell'anno 2025, saranno attivate iniziative formative a valenza regionale sulla gestione delle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO). Le aziende si impegnano per valutare l'applicazione del percorso BRO, trasmettendo i dati richiesti dalla DCS.

Nell'ambito del trattamento dei disturbi riconducibili alla psicopatologia dell'adolescenza, le Aziende sanitarie possono, in via sperimentale, dedicare fino a quattro posti letto di una SOC di pediatria alla cura di pazienti minori affetti da disturbi del comportamento alimentare e da altri disturbi riconducibili alla psicopatologia dell'adolescenza; in caso di attivazione dei posti letto, deve essere individuato un neuropsichiatra di riferimento ed essere garantita la presenza giornaliera di uno specialista neuropsichiatra.

Vengono assegnati agli Enti, inoltre, anche i seguenti obiettivi:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
Bersaglio C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 20%	ASFO	< 20%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	< 20%		
				ASUGI	< 20%		
				BURLO	< 20%		
Bersaglio C7.6	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5%	ASFO	< 7,5%	Monitora e, in caso di criticità, promuove e concorda con gli Enti misure correttive, sulla cui attuazione vigila	
				ASUFC	< 7,5%		
				ASUGI	< 7,5%		
				BURLO	< 7,5%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.2.a	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	% di puerpere a cui è somministrato il test Edinburgh Postnatal Depression Scale tra 15 e 45 gg dal parto	>=75%	ASFO	>=75%		Formazione all'utilizzo del test e monitoraggio
				ASUFC	>=75%		
				ASUGI	>=75%		
		N° di ore settimanali schedate in agenda di consulenza psicologica dedicata al progetto	>=2 ore per distretto	ASFO	>=2 ore per distretto		monitoraggio
				ASUFC	>=2 ore per distretto		
				ASUGI	>=2 ore per distretto		
		% di donne segnalate alla psichiatria che sono prese in carico	100%	ASFO	100%		monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
4.2.b	Le Aziende adempiono alle rilevazioni previste dal Programma nazionale: "Interruzioni volontarie della gravidanza", "Dimesse dagli istituti di cura per Aborto spontaneo" e "Indagine rapida sulle donne dimesse per aborto spontaneo (DLgs 322/1989)	% di schede compilate e inserite nello specifico sistema informativo entro le scadenze stabilite	100%	ASFO	100%		Coordina-mento e monitoraggio
				ASUFC	100%		
				ASUGI	100%		
				BURLO	100%		

4.3 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").

Entro il primo semestre 2025 il Centro di Regionale Trapianti realizzerà almeno un corso di formazione per la donazione da donatore a cuore fermo (DCD) e formalizzerà entro il 31.12.2025 i protocolli di desistenza terapeutica.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.3.a	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017 su organizzazione dei Coordinamenti locali Ospedalieri per il Procurement (COP)	N° incontri per ogni COP.	5 incontri	ASFO	5 incontri per COP		
				ASUFC	5 incontri per COP		
				ASUGI	5 incontri per COP		
		Ogni COP redige una relazione annuale e la invia al Centro Regionale Trapianti	Entro il 31.12.2025	ASFO	1 relazione entro il 31.12.2025		
				ASUFC	1 relazione entro il 31.12.2025		
				ASUGI	1 relazione entro il 31.12.2025		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
4.3.b	Mantenimento del numero di trapianti di rene	Il numero di trapianti di rene	congruente con gli anni precedenti	ASFO	Ogni SC di nefrologia regionale segnala almeno una coppia al responsabile regionale		
				ASUFC	Ogni SC di nefrologia regionale segnala almeno una coppia al responsabile		
				ASUGI	Ogni SC di nefrologia regionale segnala almeno una coppia al responsabile		
4.3.c	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%		
4.3.d	Monitoraggio registro Pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta DLCA	N° Relazione su rapporto tra pazienti deceduti presenti nel registro e SDO trasmesse al Centro Regionale trapianti	2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026) per ogni azienda	ASFO	. 2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026)		
				ASUFC	. 2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026)		
				ASUGI	. 2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026)		
				BURLO	. 2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026)		
4.3.e	Incrementare il N° di donatori	Percentuale di ACM (accertamenti di morte cerebrale) sul totale dei pazienti con cerebrolesione deceduti in Terapia Intensiva:	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa da ogni azienda al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)	ASFO	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)		
				ASUFC	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)		
				ASUGI	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)		Verifica

4.4 Piano sangue

Il Servizio Trasfusionale Regionale è parte integrante del Servizio sanitario regionale e offre alla collettività tutte le prestazioni inerenti la produzione e l'uso del sangue.

I livelli di assistenza in materia di medicina trasfusionale si distinguono in due macroaree di attività:

- produzione (raccolta sangue ed emocomponenti, cellule staminali, la loro manipolazione, conservazione, distribuzione) volta a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti
- erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale (laboratori specialistici, attività di aferesi terapeutica, attività ambulatoriali di supporto ai pazienti emopatici, con emoglobinopatie e patologie emorragiche-trombotiche).

I modelli organizzativi che debbono garantire gli obiettivi della rete trasfusionale vengono descritti nel Piano Sangue. Il piano sangue vigente (Terzo Piano Sangue) della Regione Friuli Venezia Giulia del 2006-2008 con modifiche nel 2009 ha garantito le programmazioni annuali di autosufficienza del sangue degli emocomponenti, un soddisfacimento dei bisogni trasfusionali, un governo clinico della trasfusione e un'attività assistenziale specialistica ambulatoriale.

Le logiche organizzative che si sono sviluppate negli ultimi anni e che sono normate in decreti ministeriali e Accordi Stato Regioni hanno delineato interrelazioni organizzative e gestionali che hanno superato quelle descritte nel Terzo Piano Sangue. Nel corso del 2025 si provvederà alla revisione di tale Piano, attraverso la collaborazione di tutte le Aziende regionali. A tal fine il Coordinamento Regionale d'intesa con DCS elaborerà un piano di lavoro entro febbraio, successivamente attiverà i tavoli per la predisposizione dei documenti di consenso da inserire nel Quarto Piano Sangue con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie delle Aziende, dei Dipartimenti di Medicina Trasfusionale e del CURPE, delle Associazioni, delle Società Scientifiche e di tutti gli interlocutori aziendali e regionali per le attività trasversali; i documenti di consenso dovranno essere definiti entro il mese di settembre al fine di consentire l'adozione del Quarto Piano Sangue regionale entro dicembre 2025.

5. ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E DISPOSITIVI MEDICI

In continuità con gli atti di programmazione dell'anno precedente, per il 2025 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).

5.1 Tetti di spesa farmaceutica e per dispositivi medici

Ad oggi rimangono confermati e vigenti i tetti di spesa di cui alla Legge di Bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021, n. 234 - *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024* - all'art. 1, comma 281 e seguenti) che a decorrere dall'anno 2024 fissa il valore complessivo della spesa farmaceutica nel 15,30 per cento, ferma restando la quota del 7 per cento per la spesa farmaceutica convenzionata.

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

Analogamente, anche per l'acquisto dei dispositivi medici rimane confermato e vigente il tetto di spesa per il 2025 secondo quanto previsto dalla normativa nazionale.

5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale

Per il 2025 si confermano gli indicatori di appropriatezza già presenti nel triennio 2022-2024 tratti dal Rapporto

“Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018” redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa e dal rapporto OSMED di AIFA, rispettivamente in tema di percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi, aderenza terapeutica al trattamento con farmaci antidiabetici e percentuale di prescrizioni di antibiotici appartenenti al gruppo Access (DDD), cioè quelli di prima scelta in base alla classificazione AWaRe.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.2.a	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi per azienda di residenza secondo target S. Anna	% abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	% abbandono < classi target Bersaglio S. Anna anno 2023	ASFO	<= 22,40 (valore 2023 22,40%)		Monito- raggio semestrale
				ASUFC	<= 20,50 (valore 2023 20,61%)		
				ASUGI	<= 23,50 (valore 2023 23,51%)		
				BURLO	-		
				CRO	-		
5.2.b	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	-Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2023: alta aderenza ≥ 39,4%, bassa aderenza ≤ 19,4%.)	% alta aderenza > 39,4% o mantenimento valore aziendale 2024	ASFO	>= 39,4% (valore 2023 33,33%)	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monito- raggio semestrale
				ASUFC	>= 44% (valore 2023 43,93%)		
				ASUGI	>= 50% (valore 2023 50,22%)		
				BURLO	-		
				CRO	-		
5.2.c	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2023: alta aderenza ≥ 39,4%, bassa aderenza ≤ 19,4%.)	% bassa aderenza < 19,4% o mantenimento valore aziendale 2024	ASFO	<= 19,4% (valore 2023 21,90%)		
				ASUFC	<= 12% (valore 2023 11,83%)		
				ASUGI	<= 14% (valore 2023 14%)		
				BURLO	-		
				CRO	-		
5.2.d	Percentuale di prescrizioni di antibiotici appartenenti al gruppo Access (DDD), cioè quelli di prima scelta in base alla classificazione AWaRe, deve risultare maggiore del 60% dell'uso complessivo di tutti gli antibiotici prescritti.	% prescrizioni di antibiotici Access nell'ambito dell'assistenza convenzionata (DDD)	Access ≥ 60% (DDD)	ASFO	Access ≥ 60%		Monito- raggio semestrale
				ASUFC	Access ≥ 60%		
				ASUGI	Access ≥ 60%		
				BURLO	-		
				CRO	-		

5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

Le Aziende continuano a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) con conseguente mantenimento di quanto già stabilito dagli atti di programmazione regionale precedenti, secondo gli indicatori individuati. Inoltre, al fine di garantire il rilascio dei PTE secondo quanto indicato dalla normativa vigente, in prosecuzione delle attività avviate nel 2021 sugli applicativi regionali del PSM e Portale

di Continuità della Cura integrati con il Sistema TS, nel 2025 è previsto l'avvio del PSM-PT anche presso le case di cura private accreditate, sede di centri individuati alla redazione dei piani terapeutici per le varie categorie di farmaci che consenta di dotare le Aziende del SSR di un ulteriore strumento per il governo dell'appropriatezza e contenimento della spesa.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.3.a	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria.	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	> 90%	ASFO	> 90%		Monitoraggio semestrale
				ASUFC	> 90%		
				ASUGI	> 90%		
				BURLO	> 90%		
				CRO	> 90%		
5.3.b	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, pari al 95%, per i medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM	mantenime nto	ASFO	mantenimento (valore gen-set 2024 99,3%)		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	mantenimento (valore gen-set 2024 98,1%)		
				ASUGI	mantenimento (valore gen-set 2024 97,7%)		
				BURLO	mantenimento (valore gen-set 2024 99,5%)		
				CRO	mantenimento (valore gen-set 2024 99,8%)		
5.3.c	Riduzione della quota di prescrizioni con iter cartaceo, rispetto all'anno precedente	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo (al netto di registri AIFA o pz extra-regione)	% iter cartaceo 2025 < %iter cartaceo 2024	ASFO	% 2025 < % 2024		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	% 2025 < % 2024		
				ASUGI	% 2025 < % 2024		
				BURLO	% 2025 < % 2024		
				CRO	% 2025 < % 2024		
5.3.d	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 75%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: ≥ 75%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati ≥ 75%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in	≥ 75%	ASFO	≥ 75% (valore gennaio-giugno 2024 75%)	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	≥ 75% (valore gennaio-giugno 2024 70%)		
				ASUGI	≥ 75% (valore gennaio-giugno 2024 70%)		
				BURLO	≥ 75%		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15/04/2025		CRO	≥ 75%		
5.3.e	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 2024 ≥ 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie	ASFO	<50%	Estrazione dati per DCS tramite repository	Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	<50%		
				ASUGI	<50%		
				BURLO	<50%		
				CRO	<50%		
5.3.f	Avvio dell'iter per l'integrazione dei sistemi informativi delle case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici per la successiva integrazione con Sistema TS.	Esecuzione delle attività di configurazione, installazione, connettività, formazione e avviamento dell'applicativo PSM-PT nelle Case di Cura private accreditate di competenza.	30.09.2025	ASFO	Report sulle attività di configurazione (definizione delle risorse e loro attribuzione alle strutture accreditate, abilitazioni degli operatori e associazione dei farmaci prescrivibili). 30.04.2025		Monitoraggio trimestrale
				ASUFC	Report sullo stato di installazione (n. di postazioni e connessioni VPN), attività di formazione e avviamento. 30.09.2025		
				ASUGI			

5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali

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

In applicazione del nuovo Accordo quadro sulla Distribuzione per conto dei medicinali ratificato con DGR n. 1007/2023 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, quali ad esempio i farmaci ipoglicemizzanti e antitrombotici.

Al fine di assicurare la disponibilità dei finanziamenti di cui al Capitolo IV dell'Accordo per lo sviluppo delle attività della Farmacia dei Servizi, nel 2024 ARCS ha aderito alla gara CONSIP, propedeutica all'avvio della distribuzione in DPC delle strisce per la rilevazione della glicemia (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023), anche avvalendosi del supporto della rete diabetologica regionale ai fini dei relativi fabbisogni. Nel 2025 risulta quindi

necessario l'avvio della suddetta modalità di distribuzione, come già previsto dal su richiamato Accordo, nell'Azienda Pilota (AS FO) a partire da gennaio 2025, con successivo ampliamento a tutto il territorio regionale, a seguito di un periodo di sperimentazione complessivo non superiore a sei mesi.

Entro il primo trimestre 2025, ARCS, congiuntamente con la DCS, le Aziende Sanitarie e le Associazioni di categoria delle farmacie, effettueranno le opportune revisioni alla progettualità proposta e sottoposta al tavolo tecnico della DPC nel 2024 (partendo dall'area del diabete art.17.5 Accordo) per lo sviluppo della Farmacia dei Servizi, al fine di assicurarne l'avvio presso l'Azienda pilota (ASFO) entro il primo semestre 2025.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.4.a	A seguito dell'adesione alla gara CONSIP, avvio della DPC delle strisce per la misurazione della glicemia nell'Azienda Pilota (ASFO) da gennaio 2025, con successivo ampliamento a tutta la regione dopo sei mesi complessivi di sperimentazione in ASFO (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023)*	sperimentazione DPC strisce in ASFO a regime. Ampliamento della DPC strisce a tutta la regione	DPC strisce a regime in ASFO entro il 30.06.2025 DPC strisce regionale a regime entro il 30.11.2025	ASFO	Report avvio e andamento sperimentazione 30.04.2025 e 30.11.2025	Fabbisogni e fornitura prodotti di gara	Monitoraggio attività
				ASUFC	Report avvio e andamento attività 30.11.2025		
				ASUGI	Report avvio e andamento attività 30.11.2025		
				BURLO	-		
				CRO	-		
5.4.b	ARCS assieme a DCS, AS/ASU e le Associazioni di categoria delle farmacie attua una revisione della progettualità sulla Farmacia dei servizi proposta nel 2024 (art.17.5 Accordo) da presentare al tavolo tecnico DPC Avvio progettualità nell'Azienda pilota (ASFO)	Revisione progettualità sulla Farmacia dei servizi (area diabete) da presentare al tavolo tecnico della DPC e alla DCS entro il 31.03.2025 Avvio progettualità in ASFO entro il 30.06.2025	31.03.2025 e 30.06.2025	ASFO	Partecipazione attività e avvio pilota	Coordina-mento revisione	Valuta-zione revisione e indicazioni su avvio
				ASUFC	Partecipazione attività		
				ASUGI	Partecipazione attività		
				BURLO	-		
				CRO	-		

5.5 Farmacovigilanza

Le attività del 2025 si incentreranno sia sulla formazione del personale sanitario in ambito di farmacovigilanza che sulla sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari all'incremento delle segnalazioni di sospette ADR da medicinali presenti nell'“Elenco dei Registri di monitoraggio AIFA attivi”. Infatti, dall'analisi dei dati relativi agli anni 2020-2024 si rileva un progressivo fenomeno di sottosegnalazione rispetto all'atteso. Al fine di rendere l'impiego di medicinali ad alto costo ed elevato impatto sociale più sicuro, a beneficio di tutti i pazienti, è necessario mettere in atto tutte le azioni necessarie ad invertire il trend negativo.

Cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.5.a	Organizzazione di almeno due eventi Aziendali accreditati ECM e finalizzati	Numero eventi di farmacovigilanza rendicontati in	≥ 2	ASFO	≥ 2		Monitoraggio semestrale
				ASUGI	≥ 2		

Cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	alla formazione e sensibilizzazione in ambito di farmacovigilanza.	occasione delle riunioni semestrali di farmacovigilanza organizzate dal CRFV ≥ 2		ASUFC	≥ 2		
				BURLO	≥ 2		
				CRO	≥ 2		
5.5.5	Incremento del numero di segnalazioni delle Sospette Reazioni Avverse (ADR) da medicinali presenti nell' Elenco dei Registri di monitoraggio AIFA attivi.	$\frac{SRNF_{2025} - SRNF_{2024}}{SRNF_{2024}} * 100 \geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$ $SRNF$: segnalazioni nell'anno di riferimento $**$ Condizione valida se $SRNF_{2024} \leq 5$	Variazione indicatore $\geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$	ASFO	Variazione indicatore $\geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$		Monitoraggio semestrale
				ASUGI	Variazione indicatore $\geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$		
				ASUFC	Variazione indicatore $\geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$		
				BURLO	Variazione indicatore $\geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$		
				CRO	Variazione indicatore $\geq 15 \%$ $SRNF_{2025} \geq 10^{**}$		

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

Al fine di favorire l'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo efficacia, ferma restando l'autonomia prescrittiva del medico, all'interno delle molecole aggiudicatrici di gara aventi le medesime indicazioni rimborsate (es. biosimilari, differenti formulazioni dello stesso farmaco ecc), 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 le quali danno tempestiva comunicazione dei fabbisogni della molecola che ha perso la tutela brevettuale. Una volta disponibile il farmaco equivalente le AS/ASU ne promuovono l'impiego con la massima celerità ai singoli reparti interessati includendo il farmaco equivalente/biosimilare nelle liste di "prescrizione agevolata" (cfr. schedone).

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 secondo position paper e l'analisi di sicurezza dei biosimilari dell'AIFA.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.6.3	Procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci per tutte le aziende sanitarie qualora siano:	Esecuzione delle procedure di gara ordinarie: 40 giorni (calcolati dal giorno di richiesta effettuato	100%	ARCS	100%		Monitoraggio

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Classe H Erogabili su prescrizione di Centri individuati dalla Regione; Innovativi; con erogazione principale in distribuzione diretta (anche farmaci elenco legge 648/1996); elenco DPC; nel rispetto delle tempistiche	dalla Farmacia Centrale) Avvio delle procedure urgenti: 30 giorni					
5.6.b	Procedure di acquisizione centralizzata di nuovi farmaci equivalenti e biosimilari per tutte le aziende sanitarie nel rispetto delle tempistiche	Esecuzione delle procedure di gara: 60 giorni (calcolati dal giorno di richiesta effettuato dalla Farmacia Centrale)	100%	ARCS	100%		Monitoraggio
5.6.c	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 2025 vs % uso 2024	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2025 > % uso 2024	ASFO	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		Monitoraggio quadrimestrale
				ASUGI	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
				ASUFC	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
				BURLO	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
				CRO	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
5.6.d	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generizzazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "generizzazione"	Variazione % positiva farmaco a brevetto scaduto vs originatore 2024-2025	ASFO	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		Monitoraggio annuale
				ASUGI	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
				ASUFC	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
				BURLO	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
				CRO	$\Delta \% > 0$ 2025-2024		
5.6.e	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 intravitale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi di farmaci anti-	% di consumo (U.P.) di bevacizumab intravitale* 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	Bevacizumab $\geq 40\%$ (valore gen-ott '24: 23%)	ASFO	$\geq 40\%$ (valore gen-ott 2024: 35,0%)		
				ASUFC	$\geq 40\%$ (valore gen-ott 2024: 30,8%)		
				ASUGI	$\geq 40\%$ (valore gen-ott 2024: 34,4%)		
		% di consumo (U.P.) di biosimilare/generico					

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98 Per gli altri intravitreali favorire farmaco generico/biosimilare se disponibile	vs originator *Il numeratore (UP Bevacizumab) potrà essere aggiornato in funzione di valutazioni ulteriormente favorevoli su altri p.a.		BURLO	-		
				CRO	-		
5.6.f	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine (ATC5 Insulina Glargine: A10AE04 - TOUJEO come biosimilare- AIC 043192347-E0806601)	>= 93% (valore gen-ott 2024: 90,43%)	ASFO	>=93% (valore gen-ott 2024 88,94%)	Monito- raggio	
				ASUFC	>=93% (valore gen-ott 2024 88,86%)		
				ASUGI	>=93% (valore gen-ott 2024 93,30%)		
5.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC5 Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)	>= 77% (valore gen-ott 2024 73,97%)	ASFO	>=75% (valore gen-ott 2024 72,29%)	Monito- raggio	
				ASUFC	>=82% (valore gen-ott 2024 81,65%)		
				ASUGI	>=75% (valore gen-ott 2024 69,32%)		
				BURLO	>=75% (valore gen-ott 2024 69,82%)		
5.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ADALIMUMAB	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'Adalimumab (ATC5 Adalimumab: L04AB04)	Mantenimento 2024 (valore gen-ott 2024: 91,86%)	ASFO	Mantenimento 2024 (valore gen-ott 2024 90,86%)	Monito- raggio	
				ASUFC	Mantenimento 2024 (valore gen-ott 2024 91,95%)		
				ASUGI	Mantenimento 2024 (valore gen-ott 2024 92,31%)		
5.6.i	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ETANERCEPT	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'etanercept (ATC5: L04AB01 - escluso ENBREL 25 mg 4 fiale LYO-AIC 034675037 e	>= 90% (valore gen-ott 2024 85,84%)	ASFO	>=90% (valore gen-ott 2024 82,06%)	Monito- raggio	
				ASUFC	>=90% (valore gen-ott 2024 85,98%)		

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
		ENBREL*BB SC 4FL10MG+4FL1ML+8T -AIC 034675215)		ASUGI	>=90% (valore gen-ott 2024 87,74%)		
5.6.i)	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare OMNITROPE (1°graduatori gara farmaci biologici SOMATROPINA) in DPC	% di consumo di farmaco OMNITROPE rispetto al totale consumo farmaci con principio attivo SOMATROPINA in DPC (ATC5 Somatropina: H01AC01)	>= 72% (valore gen-ott 2024 68,22%)	ASFO	>=75% (valore gen-ott 2024 74,23%)	Monito- raggio	
				ASUFC	>=70% (valore gen-ott 2024 65,41%)		
				ASUGI	>=72% (valore gen-ott 2024 67,19%)		

5.7 Assistenza integrativa

Il diabete è tra le patologie croniche a maggior impatto di spesa per il SSR. L'uso della tecnologia è riconosciuto di fondamentale importanza per la gestione ed il monitoraggio della malattia. La Regione FVG ha approvato con DGR 808/2024 un aggiornamento del "Documento di consenso regionale sulla prescrizione dei microinfusori e dei sistemi di monitoraggio in continuo o intermittente della glicemia nelle persone con diabete", ed ha fissato un limite di spesa per la fornitura dei dispositivi per il monitoraggio intermittente della glicemia (flash glucose monitoring) dei pazienti diabetici residenti nel Friuli Venezia-Giulia.

Per l'anno 2025, il vincolo di spesa è fissato come segue:

Ente	popol. Pesata 1/1/2024*	limite di spesa
ASFO	348.994	623.502
ASUFC	611.824	1.093.065
ASUGI	438.513	783.433

*Fonte Istat - dati provvisori

Nel corso del 2024 il sistema SIASI è stato sostituito da un nuovo gestionale, denominato "PSM2-AFIR". Lo strumento consente la registrazione delle autorizzazioni per la fornitura dei prodotti di assistenza integrativa e l'erogazione degli stessi. Nel 2025 le Aziende ne implementano l'utilizzo

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.7.a	Nel 2025 le aziende sanitarie migliorano il monitoraggio dei dispositivi dell'assistenza integrativa implementando l'utilizzo dello strumento informatico dedicato	le aziende sanitarie registrano su PSM2-AFIR le erogazioni dei dispositivi di assistenza integrativa (allegato 2 e allegato 3 al DPCM 12 gennaio 2017) effettuate a favore degli aventi diritto. Portano a regime l'attività entro il 31 maggio 2025 Modalità di valutazione: erogazioni registrare: si/no

5.8 Assistenza protesica

La programmata introduzione in ambito nazionale a decorrere dal 30.12.2024 delle nuove tariffe dei dispositivi dell'elenco 1- *Ausili su misura* nell'allegato 5 del D.P.C.M. LEA 12.01.2017 rende urgente attivare ulteriori azioni e obiettivi per il miglioramento del governo dell'assistenza protesica, come di seguito esposto:

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.8.a	Miglioramento del governo regionale dell'assistenza protesica con attivazione del gruppo tecnico regionale e produzione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Partecipazione degli operatori esperti delle aziende alle attività del gruppo tecnico regionale sull'assistenza protesica	Partecipazione degli operatori esperti degli enti alle attività del gruppo tecnico	ASFO	Vedi target		coordinamento
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS			
5.8.b		produzione delle linee guida per l'implementazione della raccolta dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Produzione delle linee guida entro il 31.12.2025	ASFO	Vedi target	monitoraggio dati	coordinamento
				ASUFC			
				ASUGI			
				ARCS			

5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici

Il Decreto del Ministro della Salute 11 giugno 2010 ha previsto l'istituzione della banca dati per il monitoraggio dei dispositivi medici che le strutture sanitarie direttamente gestite dal Servizio Sanitario Nazionale acquistano o rendono disponibili all'impiego.

L'alimentazione della banca dati è a cura delle singole Regioni e riguarda anche i contratti stipulati dal 1 ottobre 2010 per l'approvvigionamento di dispositivi medici. Per questi ultimi, il Decreto del Ministro della Salute 25 novembre 2013 definisce i dati oggetto di rilevazione.

Il monitoraggio riguarda quindi:

- i dispositivi medici distribuiti alle unità operative delle strutture di ricovero e cura destinati al consumo interno o alla distribuzione diretta;
- i dispositivi medici acquistati o resi disponibili dalle Aziende Sanitarie Locali o strutture equiparate e destinate alle strutture del proprio territorio per consumo interno, distribuzione diretta o distribuzione per conto;
- i contratti di acquisizione e messa a disposizione di dispositivi medici sottoscritti dalle Aziende Sanitarie Locali.

Gli indicatori sono definiti e monitorati dal Ministero della Salute e tengono conto dei dati relativi al consumo e alla spesa dei dispositivi medici presenti nel flusso NSIS, dei dati relativi al flusso contratti dispositivi medici e dei dati rilevati dal Modello di conto economico per il periodo gennaio-dicembre.

La disponibilità, completezza, qualità e miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel NSIS del flusso informativo dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici è effettuata dal Ministero della salute ed è soggetto alla verifica degli adempimenti LEA ai quali sono tenute le Regioni.

Gli Enti garantiscono la qualità e completezza dei dati trasmessi a NSIS anche dando seguito alle indicazioni che potranno essere fornite negli incontri del tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa e dei consumi dei

dispositivi medici, coerentemente anche con il perseguimento del seguente obiettivo:

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.9.a	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	- Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel. <i>Modalità di valutazione:</i> Ogni Ente: - riduce il numero delle referenze scartate dal flusso consumi DM nel 2025 rispetto al 2024 - riduce la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024

5.10 Dispositivo-vigilanza

La rete nazionale di dispositivo-vigilanza è stata istituita con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2022, con lo scopo di favorire lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti gli incidenti e le azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici.

Nel Friuli Venezia-Giulia la rete regionale di dispositivo-vigilanza è stata formalizzata, da ultimo, con DGR 2056/2023. Con nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, la DCS ha comunicato l'inserimento di alcuni nuovi indicatori tra gli adempimenti LEA, inerenti il monitoraggio, l'organizzazione e dell'attività della rete nazionale e regionale di vigilanza sui dispositivi medici, al cui conseguimento concorrono anche gli Enti del SSR.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza.	- Ogni Ente assicura la piena attività della dispositivo-vigilanza all'interno della propria organizzazione attraverso l'individuazione dei Responsabili locali di vigilanza (RLV) e dei loro sostituti senza soluzione di continuità. Distintamente per i DM e per gli IVD nei casi previsti. - Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota <i>Modalità di valutazione:</i> - Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza - Per ogni Ente: - tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono costantemente attivo il profilo - i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute - I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta (questo indicatore sarà misurato a seguito di adeguata implementazione degli applicativi informatici)

Ai sensi del D.Lgs 137/2022 e del D.Lgs 138/2022, gli operatori sanitari sono tenuti a segnalare al Ministero della Salute gli incidenti gravi, anche solo sospetti, che rilevano nell'esercizio della loro attività e a segnalare al fabbricante i reclami. Stante la responsabilità degli operatori sanitari e l'importanza delle attività di dispositivo-vigilanza per la sicurezza dei pazienti, degli operatori e degli utilizzatori, le conoscenze di base dell'argomento devono essere diffuse capillarmente all'interno delle organizzazioni.

Al riguardo la DCS renderà disponibile un corso FAD sulla dispositivo-vigilanza nei primi mesi del 2025.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.10.b	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. Modalità di valutazione: 1. al 31/12/2025 almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza 2. al 31/12/2025 almeno due operatori sanitari di ogni Dipartimento di salute mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione e Distretto ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza

Gli Enti danno continuità nell'applicazione alle disposizioni dei Decreti ministeriali dell'11 maggio 2023 in tema di registrazione e conservazione dell'identificativo unico del dispositivo (UDI) da parte delle istituzioni sanitarie e degli operatori sanitari.

5.11 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici

Nel 2022 è stato avviato un tavolo di lavoro sui dispositivi medici composto da ARCS e la DCS con l'obiettivo di definire una reportistica sul monitoraggio della spesa e dei consumi da diffondere agli Enti del SSR e individuare opportuni indicatori di appropriatezza. Nel corso del 2024 la partecipazione al tavolo è stata estesa ad altri professionisti individuati dagli Enti del SSR.

Nel 2025, proseguono gli incontri bimensili del tavolo secondo un calendario da definire entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto.

Gli Enti del SSR al Tavolo assicurano la partecipazione di almeno un referente agli incontri del Tavolo.

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.11.a	1. Nel 2025 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato per il monitoraggio della spesa e dei consumi dei dispositivi medici 2. Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	ARCS redige un verbale di ogni incontro, e lo trasmette al tavolo di lavoro e alle Direzioni degli Enti unitamente al report di monitoraggio della spesa e degli indicatori definiti nel presente atto Modalità di valutazione: ARCS trasmette il verbale entro 20 giorni dalla data dell'incontro: sì/no Gli Enti danno seguito alle attività concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta che sarà allegata al verbale dell'incontro Modalità di valutazione: relazione presentata: sì/no

5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici

Nelle more di una possibile revisione a livello nazionale del meccanismo di razionalizzazione delle risorse in ambito sanitario al fine di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni, rimane confermato il tetto di spesa nazionale e a livello di ogni singola regione al 4,4 per cento riferito al fabbisogno sanitario nazionale standard (*legge 7 agosto 2012, n. 135, s.m.i.*) per l'acquisto dei dispositivi medici, cui tutti gli Enti devono fare riferimento.

Considerato, tra l'altro, che il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici è rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA ed è dichiarato con decreto

del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, gli Enti continuano ad operare coerentemente alle indicazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute contenute nelle note:

- prot. n. 0001341-P-19/02/2016, "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9-ter, comma 6, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n. 78";
- prot. n. 0003251-P-21/04/2016, "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Indicazioni operative per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9-ter, comma 6, del Decreto Legge 19 giugno 2015 n. 78 – Integrazione alla nota del 19 febbraio 2016";
- prot. n. 0007435-17/03/2020-DGPROGS-MDS-P, "Fatture elettroniche riguardanti dispositivi medici – Individuazione delle fatture di interesse per l'applicazione delle disposizioni previste dall'articolo 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015 n. 78, come modificato dalla Legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 557".

cod. ob.	Obiettivo aziendale	Risultato atteso
5.12.a	Al fine di assicurare l'applicazione delle citate circolari ministeriali ARCS elabora una proposta a supporto delle attività di controllo e verifica che gli Enti devono garantire.	entro trenta giorni dall'approvazione delle presenti Linee per la gestione del SSR ARCS organizza, convoca e coordina un tavolo di lavoro con la partecipazione degli Enti del SSR e ne informa la DCS <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS trasmette alla DCS la proposta emersa dalle attività del tavolo di lavoro, corredata dall'analisi di fattibilità entro il 31/3/2025

Nell'anno 2024, nell'ottica del recupero dell'efficienza del sistema, sono stati strutturati alcuni indicatori di valutazione di efficienza nell'utilizzo di alcune categorie di dispositivi medici, anche avvalendosi del sistema di valutazione delle performance del Network delle Regioni (c.d. Bersaglio). Il lavoro svolto nel 2024 ha consentito di migliorare la gestione del dato anche attraverso l'adeguamento delle gerarchie dei centri di costo ai fini dei flussi ministeriali della farmaceutica e dei dispositivi medici. Nel 2025 proseguirà l'attività di monitoraggio degli indicatori già presenti nel 2024 e saranno ulteriormente approfonditi alcuni ambiti di studio avviati nel 2024 riguardo:

- costo del dispositivo per dimesso: stent vascolari;
- costo del dispositivo per dimesso: valvole cardiache;
- costo del dispositivo per dimesso: pacemaker.

Di seguito sono rappresentati gli indicatori e i target che costituiscono obiettivo per le aziende nell'anno 2025.

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.12.b	Governare la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG *	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbimento CND T040) per punto DRG	<=23 € (valore gen-sett 2024: 22,84 € dato 2023 23,86€)	ASFO	<=18 € (valore gen-sett 2024: 18,12 valore 2023 19,29€)	Monito- raggio	
				ASUFC	<=24,50 € (valore gen-sett 2024: 24,67 valore 2023 23,39€)		
				ASUGI	<=25 € (valore gen-sett 2024: 24,86 dato 2023 29,69€)		
				BURLO	<=19,5 € (valore gen-sett 2024: 19,58 valore 2023 20,25€)		
				CRO	<=10,50 € (valore gen-sett 2024: 10,56 valore 2023 10,47€)		

Cod. ob.	Obiettivo aziendale	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.12.c	Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche e utilizzo ospedaliero *	costo medicazioni (CND M)/ giornata di degenza	<=5,30 € (valore gen-ott 2024: 5,47 € valore 2023 4,98 €)	ASFO	<=4,00 € (valore gen-ott 2024: 4,05 valore 2023 4,46 €)	Monito- raggio	
				ASUFC	<=5,50 € (valore gen-ott 2024: 5,69 valore 2023 4,76 €)		
				ASUGI	<=5,70 € (valore gen-ott 2024: 5,93 Valore 2023 5,56 €)		
				BURLO	<=5,80 € (valore gen-ott 2024: 5,95 Valore 2023 6,11 €)		
				CRO	<=4,80 € (valore gen-ott 2024: 4,89 Valore 2023 4,78 €)		
5.12.d	Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche e utilizzo territoriale* *	costo medicazioni (CND M)/ n. giornate di assistenza in ADI	<=3,80 € (valore gen-sett 2024: 3,89 € Valore 2023 4,39 €)	ASFO	<=3,90 € (valore gen-sett 2024: 3,93 € Valore 2023 4,30 €)	Monito- raggio	
				ASUFC	<=3,25 € (valore gen-sett 2024: 3,29 € valore 2023 3,57 €)		
				ASUGI	<=4,80 € (valore gen-sett 2024: 4,92 € valore 2023 5,97 €)		
5.12.e	Governo della spesa media per protesi d'anca*	Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52; 81.53;00.85; 00.86;00.87; 00.70;00.71;00.72; 00.73.Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60)	<740 € (valore gen-sett 2024: 722,74 € Valore 2023 756,80 €)	ASFO	<=850 € (valore gen-sett 2024: 853,51 € valore 2023 817,94)	Monito- raggio	
				ASUFC	<=800 € (valore gen-sett 2024: 788,73 € valore 2023 823,09 €)		
				ASUGI	<=590 € (valore gen-sett 2024 539,99 € valore 2023 592,24 €)		
5.12.f	Governo della spesa media per protesi di ginocchio*	Costo protesi di ginocchio (dispositivi ortopedici CND P0909)/punti DRG per ricoveri 81.54; 81.55; 00.80; 00.81;00.82; 00.83; 00.84.Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60)	<=1.240 € (valore gen-sett 2024: 1.243,20€ Valore 2023 1.237,51 €)	ASFO	<=1.130 € (valore gen-sett 2024 1.134,04€ Valore 2023 1.358,00€)	Monito- raggio	
				ASUFC	<=1.300 € (valore gen-sett 2024 1.301,76€ Valore 2023 1.253,81€)		
				ASUGI	<=1.160 € (valore gen-sett 2024 1.164,39€ Valore 2023 1.140,65€)		

* Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista".

** Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 02 "Altra struttura sanitaria", destinazione "04-In assistenza domiciliare, destinazione utilizzo "diretta".

Nel caso di non raggiungimento del target fissato, gli Enti ne riporteranno le motivazioni nella relazione illustrativa al Bilancio di Esercizio

5.13 Linee guida per l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate

Le medicazioni avanzate sono dispositivi medici, appartenenti alla CND M4, aggiudicate con determinazione ARCS n. 209 del 01.04.2022 nella gara 19PRE020 "Medicazioni avanzate speciali". La gara regionale è in scadenza il 19/09/2025 (più eventuale proroga tecnica di ulteriori 6 mesi).

Con il Decreto DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", alcune categorie di medicazioni avanzate sono entrate a far parte dei dispositivi monouso garantiti per il trattamento delle lesioni cutanee e da riservare agli assistiti affetti da patologia cronica che costringa all'allettamento. Risulta, quindi, doveroso adottare un comportamento prescrittivo omogeneo in regione e, conseguentemente, realizzare delle "Linee Guida regionali per l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per ferite, piaghe e ulcere", sia incluse nei LEA che extra-LEA, da applicarsi da parte degli operatori. Il documento tecnico da produrre (anche rivalutando le informazioni disponibili in Regione FVG attingibili dalle linee guida 2013 "Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento, Linea guida Regione Friuli Venezia Giulia" autori Trabona R, Agnoletto AP, Bertola D, Fregonese F, Papa G, Prezza M, Vallan M e dalle informazioni disponibili sulle procedure già in essere nei singoli Enti del S.S.R.) sarà, inoltre, propedeutico alla realizzazione della prossima gara regionale ARCS ed i contenuti serviranno a costruire il Capitolato Tecnico.

Per definire le Linee Guida si procede a costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da infermieri e farmacisti ospedalieri aziendali.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
5.13.a	Elaborazione di documento tecnico di definizione della Procedura regionale di utilizzo di medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate (Linee guida) da parte di un Gruppo di lavoro interaziendale composto da infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti a ciascun Ente del S.S.R. (almeno uno per Ente), con eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali	Istituzione e coordinamento del Gruppo di lavoro interaziendale con la partecipazione di infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti a ciascun Ente del S.S.R. (almeno uno per Ente), a cui partecipano anche ARCS e DCS, con eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali	Istituzione del Gruppo di lavoro entro il 28/02/2025	ARCS	Istituzione del Gruppo di lavoro entro il 28/02/2025	Vedi target	
5.13.b	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale di infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti a ciascun Ente del S.S.R. (almeno uno per Ente), con eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale di infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti all'Ente (almeno uno per Ente) con attiva collaborazione alla elaborazione e stesura del documento tecnico	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	ASFO ASUFC ASUGI BURLO CRO ARCS	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo di lavoro assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Coordina-mento e comparteci-pazione al target	
5.13.c	Trasmissione alla DCS del documento tecnico proposto per la definizione della Procedura regionale di utilizzo di medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate (Linee guida)	Trasmissione alla DCS del documento tecnico proposto per la definizione della Procedura regionale di utilizzo di medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate (Linee guida)	Trasmissione alla DCS del documento tecnico entro il 31/07/2025	ARCS	Trasmissione alla DCS del documento tecnico entro il 31/07/2025	Vedi target	

6. SISTEMI INFORMATIVI

6.1 PACS

ARCS garantirà nel corso del 2025 l'espletamento amministrativo della procedura di gara indetta per la realizzazione del nuovo sistema RIS/PACS regionale.

Nell'ipotesi che il nuovo contratto di fornitura sia formalizzato entro l'anno 2025, ARCS verificherà, in collaborazione con gli Enti del SSR, l'effettiva attuazione delle attività preliminari previste a carico dell'aggiudicatario secondo quanto disciplinato dalla documentazione tecnica di gara.

Inoltre, ARCS trasmetterà alla DCS entro il 31.05.2025 una relazione sui diversi sistemi informativi per la gestione dell'imaging cardiologico e dei segnali elettrocardiografici in uso presso gli Enti del SSR e una disamina dei possibili scenari di convergenza verso un sistema informativo unico a livello regionale oppure di interoperabilità tra sistemi informativi diversi, unitamente a un'analisi della sostenibilità da punto di vista organizzativo ed economico nell'ambito dei sistemi informativi del SSR.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
6.1.a	ARCS, in collaborazione con gli Enti del SSR, si rapporta con l'aggiudicatario per la stesura del progetto esecutivo per la realizzazione del nuovo sistema RIS/PACS regionale sulla base dell'offerta prodotta dall'aggiudicatario e in relazione al disciplinare di gara.	Stesura del progetto esecutivo per la realizzazione del nuovo sistema RIS/PACS regionale sulla base dell'offerta prodotta dall'aggiudicatario e in relazione al disciplinare di gara.	Entro 4 mesi dalla sottoscrizione del contratto	ARCS	Entro 4 mesi dalla sottoscrizione del contratto		
6.1.b	Verifica della sussistenza delle condizioni necessarie per realizzare uno scenario di interoperabilità di sistemi informativi per l'imaging cardiologico e per i segnali elettrocardiografici oppure uno scenario di sistema informativo unico a livello regionale.	Analisi dei diversi sistemi informativi per la gestione dell'imaging cardiologico e dei segnali elettrocardiografici in uso presso gli Enti del SSR e disamina dei possibili scenari di convergenza verso un sistema informativo unico a livello regionale oppure di interoperabilità tra sistemi informativi diversi.	Entro il 31.05.2025	ARCS	Trasmissione della relazione alla DCS entro il 31.05.2025		

7. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

7.1 Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali

Per l'anno 2025 il vincolo di spesa del personale del SSR è determinato incrementando l'importo precedentemente stabilito con DGR 1446 del 04.10.2024 tenuto conto delle quote dei costi certificati e consolidati, non comprese nel vincolo, relative ai rinnovi contrattuali 2019—2021 della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza delle Funzioni Locali, i cui CCNL sono stati sottoscritti rispettivamente il 23.01.2024 e il 16.07.2024, nonché dell'incremento dei fondi ex art. 1 c. 435 L. 205/2017, riferito all'anno 2023, assegnato agli Enti del SSR con nota della Direzione Centrale Salute prot. n. 530568 del 04.09.2024.

Il predetto vincolo comprende le seguenti voci che rappresentano costi consolidati e già certificati:

- rinnovi contrattuali post 2004 e fino al 2009;

- rinnovo trienni 2016-2018 e 2019-2021 CCNL comparto;
- rinnovo trienni 2016-2018 e 2019-2021 CCNL dirigenza sanità;
- rinnovo trienni 2016-2018 e 2019-2021 CCNL dirigenza funzioni locali;
- incremento indennità di esclusività L. 178/2020 art. 1 c. 407;
- incremento fondi art.1 c. 435 L. 205/2017 per la parte consolidata.

Ulteriori esclusioni potranno essere definite in corso d'anno a seguito di specifici finanziamenti e/o interventi normativi.

La tabella che segue riporta il vincolo di spesa per il personale del SSR assegnato a ciascun Ente del SSR per l'anno 2025.

ENTE	VINCOLO DI SPESA 2025
ARCS	13.597.869,90 €
ASFO	205.518.085,32 €
ASUFC	500.718.755,68 €
ASUGI	351.329.677,30 €
BURLO	47.013.580,46 €
CRO	44.999.647,35 €
TOTALE	1.163.177.616,01 €

La rappresentazione dei costi del personale da parte degli Enti del SSR dovrà riportare:

- il costo complessivo del fabbisogno di personale;
- i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2025.

Si ricorda, in ogni caso, che nella determinazione del fabbisogno di personale e della predisposizione del conseguente piano assunzionale, gli Enti del SSR devono rispettare il parametro di spesa complessivamente determinato a livello regionale.

Nell'ottica di assicurare i LEA e/o il funzionamento dei servizi aziendali, in corso d'anno potranno essere effettuate eventuali manovre compensative nel rispetto dell'invarianza del valore di vincolo di spesa complessivo regionale, anche alla luce degli esiti dei report infrannuali.

Il rispetto del vincolo finanziario assegnato deve essere certificato dal Collegio sindacale di ciascun Ente del SSR. Qualora dalla proiezione dei costi di personale rappresentati nei report infrannuali esitasse il mancato rispetto del vincolo di spesa assegnato, è rimessa alla piena responsabilità e autonomia di ciascun direttore generale la valutazione in ordine alla prosecuzione della realizzazione della manovra assunzionale.

7.1.1 Personale amministrativo

Le aziende sanitarie, nel pianificare e attuare la manovra sul personale amministrativo, dovranno considerare attentamente il rapporto percentuale tra il personale amministrativo e il totale del personale. Questo rapporto, in molti casi, non risulta in linea con gli standard di riferimento nazionali, come il limite del 7% stabilito dal DM 70/2015 per il personale amministrativo nei presidi ospedalieri. Tale superamento degli standard richiede un'attenta gestione per evitare ulteriori incrementi della percentuale di personale amministrativo rispetto al totale del personale nel 2025. A tal fine, il numero di personale amministrativo in servizio al 31 dicembre 2024 sarà considerato il valore di riferimento prioritario e non potrà essere superato salvo in presenza di scelte organizzative e gestionali specifiche. Tali scelte, qualora ritenute necessarie, dovranno essere descritte in dettaglio nel piano annuale delle aziende, indicando le motivazioni, gli obiettivi e gli impatti previsti. È fondamentale che queste scelte siano strutturate in modo tale da non compromettere la disponibilità e la manovrabilità delle risorse destinate al personale sanitario, che deve rimanere prioritario nella pianificazione strategica e operativa del sistema sanitario.

regionale. In questo contesto, è essenziale che ogni variazione sia accompagnata da un'analisi approfondita, che dimostri chiaramente l'assenza di effetti negativi sull'efficienza e sulla qualità dei servizi sanitari. L'obiettivo rimane quello di mantenere l'equilibrio tra le risorse amministrative e sanitarie, garantendo al contempo il rispetto degli standard nazionali e la sostenibilità organizzativa.

7.1.2 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.

7.1.3 Esternalizzazione di servizi

In conformità a quanto previsto dall'art. 6-bis del D.Lgs. n. 165/2001 in merito ai 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.

7.1.4 Reinternalizzazione di servizi

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

7.2 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2025-2027

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 31.12.2024, suddivisa per categorie, ruoli e profili, con evidenza separata per il personale universitario e della ricerca;
- b) la programmazione delle risorse umane 2025 tenendo conto:
 - della capacità assunzionale in riferimento al vincolo di spesa assegnato;
 - della stima del trend delle cessazioni note e presunte;
 - delle azioni di riorganizzazione che impattano sull'impiego di personale;
 - 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 del vincolo di spesa assegnato, ciascun ente dovrà presentare la manovra di personale per l'anno 2025 compilando le apposite tabelle per le quali verranno fornite specifiche indicazioni.

Ricordato che il PTFP 2025-2027 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 e del personale universitario che svolge funzioni assistenziali;
- 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.

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 2025, nei limiti previsti dai costi e degli FTE autorizzati; per le annualità 2026 e 2027 ha invece un valore esclusivamente programmatico, senza 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.

I piani triennali potranno essere modificati in occasione dei rendiconti infrannuali, in cui dovranno essere riportate le motivazioni poste a fondamento delle singole variazioni.

Le modifiche ai piani triennali si intendono autorizzate qualora la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità non faccia pervenire osservazioni entro 20 giorni dal ricevimento.

7.2.1 Prestazioni aggiuntive

È autorizzato l'impiego delle prestazioni aggiuntive in presenza di stime, avvalorate dai dati di monitoraggio forniti nelle rilevazioni infrannuali, di chiusura di bilancio in pareggio o utile e di rispetto del vincolo di spesa del personale.

Si evidenzia che l'istituto:

- a) riveste carattere di eccezionalità e temporaneità e non può essere utilizzato quale strumento di normale pianificazione delle attività istituzionali;
- b) può essere utilizzato di norma in presenza di personale a tempo indeterminato o determinato rispetto alle previsioni dei piani triennali dei fabbisogni di personale approvati dalla Direzione centrale competente in materia di salute;
- c) va utilizzato in via prioritaria come strumento eccezionale e temporaneo per il governo e il contenimento delle liste di attesa;
- d) è utilizzabile a fronte di effettive insufficienze degli organici delle discipline carenti sul mercato per le quali nell'ultimo triennio siano state indette normali procedure di reclutamento andate deserte;
- e) può essere impiegato solo qualora risulti oggettivamente impossibile il ricorso ad assunzioni a tempo indeterminato o determinato;
- f) è utilizzabile in presenza di improvvisi aumenti di domanda di prestazioni.

7.3 Personale SSR distaccato presso i corsi di studio delle professioni sanitarie

Il Protocollo d'Intesa per la formazione delle classi dei corsi di laurea e dei corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie sottoscritto tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e le Università degli studi di Trieste e Udine in data 18.11.2021 prevede agli articoli 10 e 11 rispettivamente la figura del Tutor Didattico e del Responsabile delle Attività Formative Professionalizzanti (RAFP).

Nell'ottica di perseguire una piena valorizzazione del ruolo affidato ai Tutor ed ai RAFP nell'ambito dei percorsi formativi, nelle more della revisione del Protocollo d'Intesa, la nomina del personale del SSR quale tutor didattico e RAFP comporta l'attribuzione, dal 1° gennaio 2025, rispettivamente di un incarico di funzione professionale e di funzione organizzativa previsti dal CCNL 2.11.2022 del comparto sanità, previo accertamento del possesso dei requisiti contrattualmente previsti.

La valorizzazione degli incarichi, classificati di media complessità, viene stabilita in € 8.500 per quelli professionali ed in € 9.500 per quelli organizzativi. Tali importi sono da intendersi quali importi lordi annui comprensivi della tredicesima mensilità.

La durata degli incarichi è correlata alla durata dell'incarico di tutor e RAFP.

8. FORMAZIONE CONTINUA ED ECM

8.1 Priorità regionali su organizzazione e gestione

8.1.1 Applicativo gestionale per la formazione

Nel 2025 il gestionale della formazione TOM verrà implementato di ulteriori funzioni, tra le quali:

- sistematizzazione dei temi formativi obbligatori;
- valutazione della possibilità, per singola azienda, di attivare la funzionalità "albo docenti" e gestione sponsorizzazioni;
- gestione dell'aggiornamento individuale esterno;
- predisposizione di report statistici sulle attività formative secondo la tassonomia condivisa dal gruppo di lavoro regionale dei provider;
- valutazione della possibilità, per singola azienda, di attivare la funzionalità "valutazione dell'impatto della formazione";
- predisposizione e attivazione della messaggistica.

8.2 Programmazione della formazione

8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)

Il Piano della Formazione Regionale (PFR) quale strumento di programmazione del sistema regionale di formazione continua ed ECM, è adottato dal competente Servizio della Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico ed eventualmente integrato durante l'annualità in corso.

I percorsi formativi di valenza regionale previsti nel Piano saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza trimestrale. I relativi costi sono coperti da specifico finanziamento previsto dalle finalizzazioni regionali extra-fondo 2025 Piano della Formazione, comunicazione e studi

I provider regionali, nella gestione complessiva delle attività formative, si uniformano a quanto previsto dai documenti regionali e provvedono, nel rispetto del format predisposto, alla stesura annuale del Piano Formativo Aziendale (PFA). Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2025 ed al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR.

8.2.2 La Relazione annuale regionale

La Relazione annuale regionale è il documento illustrativo, di sintesi e di rendicontazione delle attività formative realizzate e degli obiettivi raggiunti nel campo della formazione continua e dell'educazione continua in medicina promosse dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. I Provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2024 entro il 15 maggio 2025.

8.3 Iniziative formative prioritarie

8.3.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

a) Missione 6 Componente 2 Sub Investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere

Per la realizzazione del Corso di formazione in infezioni ospedaliere, la Regione Friuli Venezia Giulia ha a disposizione l'importo complessivo di € 2.055.801,32 con previsione di un target di "dipendenti formati in infezioni ospedaliere" pari a 7537 unità al 2026.

La progettualità formativa è stata affidata agli Enti del Servizio Sanitario Regionale quale soggetti attuatori esterni in base alla DGR 1045 del 15 luglio 2022.

Al fine di dare esecuzione al sub investimento in oggetto, è stato predisposto, in aderenza alle indicazioni nazionali ed in collaborazione con il Gruppo regionale infezioni ospedaliere e con i Responsabili dei Provider del SSR della Regione FVG, il Programma del corso di formazione in infezioni ospedaliere, oltre al riparto delle risorse ai soggetti attuatori – Provider ECM del SSR.

Le diverse iniziative formative, come da indicazioni nazionali, sono dedicate al personale sanitario dell'area ospedaliera individuato (area medica, chirurgica e dei servizi) e devono essere aderenti al raggiungimento dei target individuati nelle diverse annualità per il raggiungimento dell'obiettivo finale sopra menzionato.

A tal fine i percorsi formativi programmati delle annualità 2025-26 sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

b) Missione 6 Salute Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale" Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)" Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario. Piano Operativo sulla Formazione FSE

Le iniziative formative previste dal sub investimento, che prevedono una linea di finanziamento dedicata, sono rivolte alle Direzioni Strategiche aziendali, al Management Territoriale, a Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti ospedalieri, Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati, Farmacisti, Infermieri ed altri Professionisti Sanitari, operatori dei CUP, accoglienza, sportelli informativi, URP, Sistemi informativi al fine di favorire la diffusione e la corretta implementazione del FSE da parte di ogni professionista coinvolto nel processo di alimentazione del fascicolo. Obiettivo precipuo è la transizione verso l'utilizzo di soluzioni di sanità digitale, in particolare verso l'utilizzo dei software per la raccolta e la consultazione dei dati.

Il programma formativo sarà sviluppato in modalità blended, alternando lezioni teoriche, condivisione di contenuti online e attività di tutoraggio sul campo, approfondendo sia aspetti teorici – razionale dell'utilizzo del FSE - sia aspetti operativi centrati sulle modalità di implementazione e consultazione dei dati con tempistiche collegate agli aggiornamenti/rilasci dei nuovi applicativi. Particolare attenzione verrà dedicata alla formazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta. I corsi, programmati nelle annualità 2025-26 sono inseriti nel Piano della Formazione Regionale e rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

c) Missione 6 Salute. Investimento M6 C2 – 2.2 c “Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del servizio sanitario” – Sub misura: “corso di formazione manageriale”. Attivazione del corso di formazione manageriale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

L'investimento prevede la realizzazione di un percorso di formazione indirizzato a professionisti del SSN con lo scopo di fornire le competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali in ottemperanza al DM 77/2022 incrementando la conoscenza e l'utilizzo delle innovazioni digitali e tecnologiche (telemedicina, FSE, ecc.). In particolare, obiettivo dell'investimento è la realizzazione di un “percorso di formazione rivolto ai manager e middle manager delle Aziende e degli Enti del SSN, per consentire loro di acquisire le competenze e le abilità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide attuali e future in un'ottica sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato”. Il Decreto del Ministro della salute del 29 marzo 2023 - Tabella A – ha individuato un totale di 95 partecipanti per la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Con Decreto n° 35446/GRFVG del 28/07/2023 la Direzione Centrale salute ha provveduto ad individuare l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute - Struttura Complessa Centro Regionale Formazione - quale soggetto erogatore del corso di formazione manageriale. Il corso avrà una durata non inferiore a 140 ore e le edizioni si svolgeranno, in una sede regionale, nel periodo compreso tra aprile 2024 e marzo 2026 con previsione dei seguenti target: al 30 giugno 2025 - 50% dei professionisti formati; al 31 marzo 2026 - 100% dei professionisti formati. Il corso, inserito nel Piano della Formazione Regionale, rappresenta una linea formativa prioritaria.

8.3.2 Aspetti formativi del Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028

Le iniziative formative inserite nel Piano strategico operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, si svilupperanno tenendo conto delle indicazioni nazionali, nella logica della partecipazione e concertazione nazionale, regionale, locale e del ruolo centrale della rete regionale dei formatori, nell'ottica di favorire univocità di metodi, risposte, azioni e contestualizzazione rispetto alle specificità territoriali regionali. Gli aspetti formativi del Piano strategico regionale troveranno ulteriore formalizzazione nel Piano della Formazione Regionale 2025 e saranno declinati in funzione degli obiettivi formativi collegati alle diverse fasi – interpandemica, di allerta, pandemica – e ai diversi livelli di responsabilità nella loro attivazione (regionale, aziendale).

I corsi, programmati nell'annualità 2025 e inseriti nel Piano della Formazione regionale, rappresentano una linea formativa prioritaria per i provider del SSR.

8.3.3 Conoscenza e utilizzo dell'HTA, o logiche di HTA, da parte dei professionisti che operano all'interno del SSR

Con Delibera di Giunta Regionale n. 1301 del 6 settembre 2024, la Regione Friuli Venezia Giulia ha aderito, in ottemperanza all'art. 15 della Legge n. 241/1990, alla proposta di Accordo di collaborazione formulata da Agenas a tutte le Regioni/PPAA al fine di dare avvio al programma di formazione di base nei termini previsti dal Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici.

Nello schema di Accordo di Agenas sono indicati:

- i criteri per la Selezione dei Partecipanti alla Formazione Base in HTA;
- il Programma Corso Formazione Base in HTA;
- i requisiti per la selezione dei docenti Corso Formazione di base HTA;
- i criteri di selezione degli enti di Formazione per la Formazione Base in HTA;
- le tabelle di riparto corso pilota Agenas e corsi regionali.

Alla Regione FVG sono stati assegnati i seguenti obiettivi: 2 unità di personale devono partecipare al corso pilota promosso da Agenas e 42 unità di personale devono partecipare al corso regionale. L'iniziativa è sostenuta da specifica assegnazione di finanziamento nazionale e rappresenta una linea formativa prioritaria.

8.4 Iniziative formative regionali strategiche

8.4.1 Attivazione dei percorsi formativi regionali dedicati all'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC)

Con Delibera della Giunta Regionale n. 1484 del 14.10.2022 è stato approvato il Documento Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) in Friuli Venezia Giulia - Policy Regionale, aggiornata con Delibera della Giunta Regionale n 659 del 10.05.2024. Il documento definisce, in particolare, il modello assistenziale, gli indirizzi organizzativi, il profilo delle competenze ed il percorso formativo regionale dell'IFoC.

In considerazione della necessità di disporre di IFoC per l'implementazione di quanto previsto nella Missione 6 C1 del già citato PNRR, la Regione FVG ritiene necessario procedere con la realizzazione di iniziative formative regionali che permettano di acquisire le specifiche competenze. La Policy Regionale dedica una sessione specifica alla formazione dell'IFoC da attivarsi in collaborazione con le aziende SSR e d'intesa con gli Atenei. La progettualità formativa, inserita nel Piano della Formazione Regionale, è affidata ad ARCS e va considerata una linea formativa prioritaria. La formazione si compone di una parte teorica e di una parte pratica e il programma si allinea ai contenuti previsti dall'*Allegato 1 Percorso Formativo Regionale* delle "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità" elaborate da Agenas, coerentemente con quanto previsto dall'allegato alla DGR 659/2024 innanzi citata.

I requisiti di accesso al percorso formativo regionale sono definiti dal Comitato Scientifico tenuto conto dell'esperienza dei professionisti che operano in ambito territoriale.

La progettualità formativa sarà inserita nel Piano della Formazione Regionale e affidata ad ARCS che potrà, eventualmente, attivare le specifiche iniziative anche in collaborazione con gli altri provider ECM del SSR.

8.4.2 Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa

La realizzazione dei corsi di formazione manageriale e formazione specialistica tecnico- amministrativa, affidata ad ARCS, viene rimodulata in considerazione della concomitante attività formativa PNRR M6 C2 – 2.2 c "Sub misura: "corso di formazione manageriale".

Nel 2025 sono previste le seguenti iniziative formative:

- corsi per direttori di struttura complessa di area sanitaria: verrà attivata un'ulteriore edizione del corso generale;
- corsi *refresh* per i direttori in possesso del certificato manageriale.

8.4.3 Ulteriori linee formative

Nel 2025 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia promuove, sostiene e prosegue le iniziative formative sulle seguenti tematiche:

- iniziative formative previste dal Piano Nazionale Investimenti Complementari (PNC) 1: Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima;
- cure palliative;
- privacy e trattamento dei dati;
- sviluppo e utilizzo della cartella ospedaliera e territoriale informatizzata;
- iniziative formative previste dal Piano Regionale Prevenzione 2020-2025;
- iniziative formative finalizzate a favorire la formazione degli operatori nell'ambito delle azioni di contrasto alla violenza contro le donne e la violenza contro gli operatori così come previsto dal comma 4 dell'art. 65 del CCNL del comparto sanità 2019-2021;
- iniziative formative dedicate a sensibilizzare il personale sul tema dell'umanizzazione delle cure, della valorizzazione della dignità della persona ed a supportare la dimensione etica all'interno dell'istituzione sanitaria, compreso il coinvolgimento dei cittadini e l'empowerment del paziente;

- iniziative formative dirette al mantenimento delle competenze nel contesto urgenza ed emergenza anche attraverso il ricorso a metodologie formative innovative (ad esempio BLSD potenziato con realtà virtuale, corso STEMI e altre iniziative);
- iniziative formative dedicate allo sviluppo di percorsi di educazione continua per tutti i ruoli della formazione (progettisti, formatori, tutor, referenti) e per tutte le tipologie formative.

8.5 Centro di formazione per l'assistenza sanitaria

Nel corso del 2025 proseguono le attività dei corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. Entro la fine del 2025 sarà avviata la formazione per il triennio 2025-2028. Ai 40 posti messi a disposizione con borsa di studio finanziata dalla Regione e ai 2 posti dei medici riservatari ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL n. 35/2019, convertito con Legge n. 60/2019, si aggiungono ulteriori 17 posti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'incremento dei medici in formazione rende improcrastinabile la riorganizzazione delle attività didattiche teoriche e l'adeguamento delle sedi destinate alla stessa e nello stesso tempo realizzare un migliore coinvolgimento delle Aziende a supporto della formazione specifica per le attività di tirocinio pratico.

Prosegue, secondo le indicazioni formulate dal Comitato di indirizzo, anche il coordinamento della formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali. Tali funzioni sono finalizzate al mantenimento costante di una formazione aggiornata e per orientare il Servizio Sanitario Regionale verso un processo continuo di sviluppo della qualità formativa quale leva per il miglioramento dell'assistenza.

Si conferma il modello organizzativo basato sulle riunioni periodiche delle AFT dei MMG, sedi privilegiate di monitoraggio e di confronto tra pari su obiettivi, indicatori, percorsi e risultati, incentivando iniziative di confronto interdisciplinare e interprofessionale.

Si conferma la necessità di un calendario unico regionale per l'insieme di iniziative regionali/aziendali/distrettuali/di AFT (anche per garantire le opportune economie di scala nell'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale), con un modello basato sull'offerta complessiva che deve essere non inferiore all'obbligo minimo di 40 ore previsto negli Accordi Collettivi Nazionali, articolandosi in non meno di dieci mezze giornate/anno (considerando eventualmente come due mezze giornate gli eventi formativi di una giornata intera, che andranno per quanto possibile limitati, dovendosi privilegiare le attività di AFT).

Le tematiche prioritarie dell'attività formativa per il 2025 sono legate ad affinare le competenze dei professionisti al corretto utilizzo ed alimentazione del FSE, alla terapia del dolore cronico, ad aggiornare le conoscenze di MMG e PLS sull'importanza della privacy e del trattamento dei dati e documenti clinici, alle innovazioni connesse all'attuazione del PNRR – Missione 6 (Salute), Componente 1: Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Case della Comunità.

Le attività formative e di audit professionalizzante in AFT vanno accreditate come FSC a cura di ciascuna Azienda. Il Comitato di indirizzo, su proposta del Comitato esecutivo, approva il calendario annuale delle giornate di formazione nelle quali possono essere previste anche le iniziative formative istituzionali dei Pediatri di libera scelta, nonché dei Medici specialisti ambulatoriali interni, dei Medici veterinari ed altre Professionalità sanitarie ambulatoriali, da svolgere preferenzialmente in seno alle rispettive AFT.

I costi derivanti dall'eventuale attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale in giornate diverse da quelle definite nel calendario regionale non possono in ogni caso gravare sull'apposito finanziamento sovraziendale per l'attività della Scuola

9. INVESTIMENTI

9.1 Progettualità PNRR

Nel corso del 2025 prosegue la realizzazione degli interventi 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.

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.

9.1.1 Interventi edili impiantistici e per acquisti tecnologici PNRR

A seguito dell'incremento dei quadri economici, dovuto in parte ad un maggior dettaglio ottenuto con l'avanzare delle fasi progettuali e in parte all'aumento dei prezzi dei materiali di costruzione e delle materie prime, si sono rese necessarie alcune modifiche del POR, attuate ai sensi dell'articolo 13 comma 1 del CIS e secondo la procedura comunicata dal Ministero della Salute - Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR. Sono state approvate in via definitiva, dopo il nulla osta del Nucleo Tecnico - organo deputato a valutare le variazioni che intercorrono ai Piani Operativi Regionali del PNRR - n. 5 proposte di rimodulazione, rispettivamente con DGR n. 639 del 29/03/2023, DGR n. 1035 del 07/07/2023, DGR n. 1850 del 23/11/2023, DGR n. 837 del 7/06/2024 e DGR n. 1266 del 30/08/2024. In ciascuno di tali atti è confermato che gli Enti del SSR sono tenuti al rispetto del target e delle condizionalità stabilite nel Piano operativo regionale.

La quota di co-finanziamento regionale, resa necessaria per completare le opere, garantire continuità ai cantieri e rispettare gli impegni e gli obiettivi del PNRR, pari a complessivi 98,3 milioni di euro, è garantita per 82,0 milioni da risorse regionali già nella disponibilità delle Aziende e per 16,3 milioni da risorse appositamente stanziare nel corso del 2023. Il quadro finanziario riassuntivo è riportato nella seguente tabella:

Descrizione Investimento	N. Interventi	Finanziamento PNRR/PNC (euro)	Co-finanziamento (euro)
M6C1I1.1 - Case della Comunità e presa in carico della persona	23	34.256.085,00	55.063.272,47
M6C1I1.2.2.1 - Centrali operative territoriali (COT) - COT	12	2.076.900,00	1.806.579,85
M6C1I1.2.2.3 - Centrali operative territoriali (COT) - Device	3	1.160.592,00	-
M6C1I1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	7	18.685.142,00	16.618.028,56
M6C2I1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	41	22.219.527,00	1.933.765,00
M6C2I1.2.1 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)	1	11.937.023,00	4.970.789,00
M6C2I1.2.1 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)	3	27.093.454,95	17.935.296,40
Totale complessivo	90	117.428.723,95	98.327.731,28

Per i 3 interventi sopra riportati finanziati con fondi PNC, si precisa che il comma 13 dell' art.1 del decreto legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni in legge 29 aprile 2024, n. 56, al primo capoverso, ha disposto che: "Gli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», già finanziati a carico del Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), numero 2 , del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio

2021, n. 101, ad esclusione di quelli delle Province autonome di Trento e di Bolzano e della Regione Campania, sono posti a carico del finanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67."

Pertanto sono attualmente in corso le attività propedeutiche per perfezionare la variazione di fonte di finanziamento, secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e riassunte al punto 10.3 del presente documento.

9.1.2 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.

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

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.

9.2 Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID

Nel corso del 2025 prosegue l'attuazione degli interventi finalizzati alla realizzazione delle opere previste nel Piano per il potenziamento della Rete Ospedaliera per emergenza COVID-19.

Il quadro della governance

- ha individuato quali "soggetti attuatori"
 - l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale,
 - l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina,
 - l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale,
 - l'IRCCS Burlo Garofolo.
- ha stabilito che
 - l'attività di coordinamento per l'attuazione del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dal Servizio Tecnologie e Investimenti della Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità,
 - l'attività di monitoraggio, controllo e controllo della rendicontazione circa gli interventi del Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia è svolta dalla S.S. Patrimonio regionale del SSR dell'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), con un numero adeguato di personale sia con riferimento alle funzioni tecniche sia a quelle amministrative.

Il Decreto-legge del 19 maggio 2020, n. 34 - *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19* ha previsto per il Piano di potenziamento della rete ospedaliera della regione Friuli Venezia Giulia l'importo pari a euro 25.703.911,00, definito con DGR n. 1224 del 7/08/2020, come modificata con DGR n. 1315 del 27/08/2021, secondo la valutazione parametrica descritta nella Circolare del 29 maggio 2020.

Con successive delibere di giunta regionale (DGR n. 1216 del 26/08/2022, DGR 1803 del 24/11/2022 e DGR n. 1262 del 30/08/2024) la regione per garantire l'intera copertura finanziaria per la realizzazione degli interventi compresi nel Piano di riorganizzazione della Regione Friuli Venezia Giulia, non garantita dalle sole risorse assegnate dal «Decreto Rilancio», ha stabilito di assegnare 19,6 milioni di euro, di cui 3,4 milioni costituito da risorse regionali già nella disponibilità delle Aziende e per 16,2 milioni da risorse appositamente stanziati nel corso del 2022 e nel 2024.

Il quadro riassuntivo è di seguito rappresentato:

Obiettivo		Finanziamento Statale DL 34/2020	Co-finanziamento Regionale
Tabella 2	n. 58 posti letto aggiuntivi di Terapia Intensiva n. 85 posti letto aggiuntivi di Terapia Semiintensiva	19.345.001,33	1.082.452,62
Tabella 3	n. 12 Pronto Soccorso ristrutturati	6.237.211,74	18.551.289,82
Tabella 4	n. 1 Mezzo di Trasporto acquistato	121.697,93	-
Totale		25.703.911,00	19.633.742,44

Il Servizio Tecnologie e Investimenti e l'ARCS proseguono nelle attività di valutazione delle eventuali ulteriori rimodulazioni da apportare al Piano che si rendano via via necessarie in concomitanza con il prosieguo delle attività di realizzazione degli interventi da parte dei Soggetti attuatori. Tali rimodulazioni sono poi trasmesse al Ministero della Salute, subentrato dal 1 luglio 2023 in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo all'Unità di Completamento della Campagna Vaccinale e per l'adozione di altre misure di contrasto alla Pandemia, per la necessaria approvazione.

9.3 Programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali

Nel corso del 2025 prosegue l'attuazione degli interventi compresi in programmi di finanziamento di investimenti sanitari con fondi statali: in considerazione dello stato di avanzamento dell'esecuzione dei singoli interventi, si riepilogano di seguito i risultati attesi, suddivisi per programmi e per Azienda titolari degli interventi (nella tabella sono inseriti esclusivamente gli interventi per i quali è atteso un avanzamento nel corso del 2025):

Programma	Ente del SSR	Importo FS	Risultati attesi nel 2025
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	avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori
	ASUGI	59.529.677,84	- Entro 31/01/2025: trasmissione alla DCS del cronoprogramma dei lavori aggiornato - avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori - richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori
Ristrutturazione e alla riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici	ASUFC	420.234,24	- avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori - richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori

Programma	Ente del SSR	Importo FS	Risultati attesi nel 2025
programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	ASUFC	593.900,48	- avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori - richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori
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	ammissione a finanziamento dell'intervento
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	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	ASFO	10.429.218,04	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
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	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	ASUGI	700.000,00	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	ASUGI	700.493,50	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	ASFO	933.662,34	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	IRCCS CRO	420.148,05	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	IRCCS BURLO	280.098,70	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
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	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	ASUGI	2.416.408,04	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	ASFO	1.610.938,70	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	IRCCS CRO	724.922,41	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
	IRCCS BURLO	483.281,61	- avvio della progettazione - entro il 31 01 2025: trasmissione alla DCS del docfap dell'intervento
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	- ammissione a finanziamento dell'intervento - avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori - richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori

Programma	Ente del SSR	Importo FS	Risultati attesi nel 2025
	IRCCS CRO	5.852.280,00	• ammissione a finanziamento dell'intervento • avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori • richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori
	IRCCS CRO	12.376.471,00	• ammissione a finanziamento dell'intervento • avanzamento dell'intervento in coerenza con il cronoprogramma dei lavori • richiesta liquidazione fondi statali spesi coerentemente con l'avanzamento dei lavori
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	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASUFC	41.515.039,05	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASUFC	5.225.000,00	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASUFC	11.400.000,00	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASUGI	42.695.676,90	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASUGI	14.250.000,00	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASFO	14.915.000,00	• affidamento dei servizi di progettazione
	ASFO	23.680.096,09	• affidamento dei servizi di progettazione

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 il 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.

9.4 Finanziamenti per investimenti nel SSR per il triennio 2025-2027

Le risorse disponibili per interventi di investimento nel SSR previsti sul bilancio regionale 2025-2027, al netto di quelle già programmate nel corso degli esercizi precedenti, saranno programmate sulla base della Programmazione preliminare degli investimenti 2025, anche tenendo conto delle ulteriori necessità in relazione agli interventi PNRR e degli eventuali maggiori oneri imprevisi.

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.

9.5 Altre linee di finanziamento di parte corrente per investimenti

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

9.6 Altre disposizioni

9.6.1 Obblighi di acquisizione di parere della DCS

Nel 2025 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.

9.6.2 Programmazione 2026

In continuità con le attività svolte da ARCS riguardo lo studio effettuato per standardizzare le procedure relative agli investimenti in Sanità e le analisi condotte congiuntamente con la DCS sul tema, verranno definite le modalità di attuazione delle linee guida per l'applicazione degli articoli 33 e 37 della L.R. 26/2015 e s.m.i. in conformità con i dettami normativi regionali e statali sulla programmazione degli investimenti in sanità.

Ai fini della programmazione degli investimenti per l'anno 2026, l'ARCS coordina la predisposizione dei programmi preliminari degli investimenti 2026 (PPI 2026).

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 2026 entro il 30 settembre 2025 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 2025 il proprio PPI 2026;
- entro il 30 novembre 2025 una relazione con la valutazione dei PPI 2026 degli Enti del SSR, redatta sulla base delle indicazioni che saranno preliminarmente fornite dal Servizio Tecnologie e Investimenti.

9.6.3 Accordi con il Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico

L'ARCS e le altre aziende del SSR 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 Servizio Farmaceutico 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, finanziata dal contributo europeo 'hs-g-22-19.02 direct grants to member states' authorities: supporting the maintenance of the european medical device nomenclature.

Le attività sono svolte sotto la direzione e il coordinamento del Servizio Tecnologie e Investimenti e pertanto continueranno a essere svolte presso la sede della DCS di Trieste o di altre sedi della Regione FVG.

9.6.4 Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti

ARCS proseguirà nel 2025 nel supporto:

all'attività di ricognizione e valutazione dei beni immobili degli enti del SSR finalizzato al monitoraggio di tutto il patrimonio del SSR ai fini tecnico-amministrativi e di programmazione degli investimenti da parte della Regione; alle attività di controllo della rendicontazione degli investimenti degli Enti del SSR.

9.6.5 Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29/12/2022

Il Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale della Regione Friuli Venezia Giulia, approvato in via definitiva con la Delibera di Giunta Regionale n. 2042 del 29 dicembre 2022, declina a livello regionale quanto indicato nel decreto del Ministero della Salute n.77 del 23 maggio 2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Nella delibera sopra richiamata è prevista, tra l'altro, l'attivazione sul territorio regionale delle strutture "Case della comunità", "Punti Salute di Comunità" e "Ospedali di Comunità", parzialmente finanziate con risorse PNRR.

Al fine di assicurare la piena operatività di tali strutture entro le tempistiche previste dal PNRR (T1 2026) con la dotazione di beni mobili e tecnologici propedeutici all'espletamento delle funzioni ivi previste, le Aziende Sanitarie dovranno proporre e inserire nella propria Programmazione le linee di investimento destinate a tale finalità, con le modalità previste dall'art.33 della LR 26/2015.

Pertanto, anche al fine di garantire un'omogenea applicazione sul territorio regionale, è richiesto a ciascuna Azienda Sanitaria di costituire un gruppo di lavoro interno con i rappresentanti sanitari (quali ad esempio direzioni sanitarie e direttori dei distretti) e tecnici (quali ad esempio uffici tecnici e ingegnerie cliniche) che dovrà redigere una relazione nella quale, per ciascuna "Casa della comunità", "Punto Salute di Comunità" e "Ospedale di Comunità" - sia PNRR che "extra" PNRR - venga riportata la descrizione delle attività sanitarie previste, unitamente al dettaglio del fabbisogno di beni mobili e tecnologici (tipologia, quantità e costo stimato).

Tale relazione, corredata dal nulla osta di ARCS sulla coerenza e omogeneità del contenuto con la programmazione sanitaria regionale e sulla congruità tecnica ed economica delle tecnologie proposte, dovrà essere inviata da ciascuna Azienda alla DCS entro il 30.06.2025. Entro il 31.07.2025 le Aziende presenteranno l'istanza per l'inserimento nella Programmazione preliminare degli investimenti 2025, secondo quanto disposto dall'articolo 33 della LR 26/2015, di specifiche linee di investimento dedicate al fabbisogno di tecnologie per ciascuna "Casa della comunità", "Punto Salute di Comunità" e "Ospedale di Comunità" non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		RUOLO ARCS	RUOLO DCS
9.6.5.a.1	Valutazione del fabbisogno per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29.12.2022	Predisposizione di una relazione con la descrizione delle attività sanitarie svolte, unitamente al dettaglio (tipologia, quantità e costo stimato) del fabbisogno di beni mobili e tecnologici per tutte	Invio della relazione corredata del nulla osta di ARCS entro il 30.06.2025	ASFO	Invio alla DCS entro il 30.06.2025	Coordinamento dei gruppi di lavoro aziendali, valutazione sanitaria e tecnica delle	

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		RUOLO ARCS	RUOLO DCS
		le strutture "Case della comunità", "Punti Salute di Comunità" e "Ospedali di Comunità" - sia PNRR che "extra" PNRR – previste dal Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale approvato con DGR n.2042 del 29.12.2022. L'invio dovrà includere il nulla osta di ARCS sulla coerenza e omogeneità del contenuto con la programmazione sanitaria regionale e sulla congruità tecnica ed economica delle tecnologie proposte.		ASUFC		relazioni e rilascio del relativo nulla osta	
				ASUGI			
9.6.5.a.2		Invio di una relazione contenente: - il riepilogo delle attività svolte e delle valutazioni eseguite per concorrere al conseguimento dell'obiettivo 10.6.5.a; - il fabbisogno regionale per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29.12.2022, in esito all'analisi delle proposte pervenute dagli enti del SSR.	Invio della relazione entro il 15.07.2025	ARCS	Invio alla DCS entro il 15.07.2025	Vedi target	
9.6.5.b	Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29.12.2022	Trasmissione della proposta di aggiornamento della Programmazione Preliminare degli Investimenti 2025, secondo quanto disposto dall'art.33 della LR 26/2015, per l'inserimento di linee di investimento dedicate al fabbisogno tecnologico oggetto della relazione di cui all'obiettivo 10.6.5.a, non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale.	Invio della proposta di aggiornamento del Programma Preliminare degli investimenti 2025 entro il 31.07.2025.	ASFO	Invio al NVISS 31.07.2025	-	
				ASUFC			
				ASUGI			

9.6.6 Valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico

In continuità con l'attività svolta nel 2024 e al fine di rendere disponibili elementi informativi oggettivi per la redazione da parte degli Enti del SSR dei Programmi Preliminari per gli Investimenti relativi al settore delle BMT, ARCS redige e trasmette alla DCS entro il 31.05.2025 una relazione con l'aggiornamento della valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG già redatta in relazione all'analogo obiettivo citato in premessa.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.6.6.a	Efficientamento del processo di valutazione della Programmazione regionale degli Investimenti degli Enti del SSR .	Trasmissione alla DCS e agli enti del SSR dell'aggiornamento della valutazione della consistenza, obsolescenza e affidabilità del parco tecnologico biomedicale di proprietà degli Enti del SSR FVG.	Entro il 31.05.2025	ARCS	Entro il 31.05.2025		

9.6.7 Efficientamento della gestione operativa delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto degli Enti del SSR

In continuità con l'obiettivo 2024 relativo alla ricognizione delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto (noleggi, service, comodati, ...), si conferma la necessità di creare i presupposti strutturali e organizzativi per garantire nel tempo un efficace presidio del fenomeno valutando le possibili soluzioni in grado di consentire l'associazione tra i beni gestiti dalle piattaforme tecnico-manutentive e le voci presenti nei gestionali economico-contabili in uso presso gli Enti del SSR.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.6.7.a	Efficientamento della gestione operativa delle forniture di tecnologie biomediche senza acquisto diretto degli Enti del SSR.	Trasmissione alla DCS di una proposta operativa per garantire l'associazione tra i beni gestiti dalle piattaforme tecnico-manutentive e le voci presenti nei gestionali economico-contabile in uso presso gli Enti del SSR FVG.	Entro il 31.05.2025	ARCS	Entro il 31.05.2025		

9.6.8 Consolidamento del sistema informativo unico regionale per il governo tecnico-manutentivo del parco macchine biomedicale

L'art. 4, comma 4, lett. c), della L.R. n. 27/2018, dispone che ARCS curi il coordinamento e il controllo sugli Enti del SSR, anche relativamente alla gestione delle tecnologie sanitarie, nel rispetto degli indirizzi e indicazioni generali della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS), ai sensi dell'art. 4, commi 2 e 3, della L.R. n. 27/2018.

A tal fine è richiesto ad ARCS di predisporre una proposta operativa per consolidare il sistema informativo unico regionale attualmente in uso per il governo tecnico-manutentivo del parco macchine biomedicale, al fine di garantire una capacità di rappresentazione della consistenza, dello stato di obsolescenza e di affidabilità della dotazione tecnologica degli Enti dell'SSR, sia per la componente di beni di proprietà che per quella di beni non di proprietà (service, noleggi, ...).

Un tale sistema informativo, gestito da parte di ARCS per conto degli Enti del SSR, ha lo scopo:

- di assicurare un supporto per la corretta e coerente programmazione degli investimenti degli Enti del SSR;
- di monitorare la dimensione complessiva delle soluzioni di consolidamento tecnologico anche attraverso i contratti di service e di noleggio, misurandone anche l'impatto sulla spesa corrente;
- di fornire un supporto alla funzione di governo in carico alla DCS.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
9.6.8.a	Coordinamento dei Servizi di Ingegneria Clinica al fine di individuare i corretti strumenti e le metodologie più opportune per il consolidamento del sistema informativo unico regionale attualmente in uso per il governo tecnico-manutentivo del parco macchine biomedicale.	Trasmissione alla DCS di una relazione che descriva le modalità con cui consolidare un sistema informativo unico regionale per il governo tecnico-manutentivo del parco macchine biomedicale, la cui gestione è in capo ad ARCS per conto degli Enti del SSR.	Entro il 30.06.2025	ARCS	Entro il 30.06.2025		

10. ALTRE LINEE DI ATTIVITÀ

10.1 Rischio clinico e Rete cure sicure FVG

Obiettivo	Risultato atteso	Indicatori
Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	- Identificazione dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP). I RAP dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: - gestione sicura del farmaco - prevenzione e controllo delle infezioni - prevenzione delle lesioni da pressione - prevenzione delle cadute accidentali - sicurezza delle cure - Completamento e rafforzamento della rete Link Professional. I Link Professional dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: - prevenzione e controllo delle infezioni - sicurezza delle cure - Mantenimento aziendale delle attività delle linee "Prevenzione delle cadute accidentali" e "Prevenzione Lesioni da Pressione" Gli obiettivi sono assegnati agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO.	- Invio alla DCS dei nominativi dei Risk Manager e dei RAP (per i PP.OO. e il territorio) entro il 31 gennaio 2025 - Invio alla DCS di una relazione attestante l'organizzazione aziendale della rete dei Link Professional (per i PP.OO. e il territorio) entro il 31 gennaio 2025 - Invio alla DCS di una relazione attestante le attività svolte dall'Azienda nell'ambito dei programmi di "Prevenzione delle cadute accidentali" e di "Prevenzione delle lesioni da Pressione" entro il 31 dicembre 2025
Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Compilazione delle schede A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES ed effettuazione delle azioni di miglioramento Gli obiettivi sono assegnati agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	- Compilazione delle schede A e B secondo i termini del protocollo 2024 - Evidenza dell'attuazione delle azioni di miglioramento indicate nella scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa per i seguenti eventi: - errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABo, Rh, Duffy, Kell, Lewis - morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza - morte o grave danno permanente in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
Prevenzione e controllo delle infezioni	- Supporto alle azioni per l'implementazione del PNCAR 22-25 (vedi anche obiettivi Piano Regionale Prevenzione 21-25) - Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	- Invio alla DCS della relazione annuale, secondo il format Rete Cure Sicure, sulle attività intraprese per la prevenzione e il controllo delle infezioni (incluse le attività di monitoraggio e la stesura del piano di miglioramento) entro il 31 dicembre 2025 - Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti: - invio alla DCS dei dati entro novembre 2025 - evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni"

Obiettivo	Risultato atteso	Indicatori
	3. Effettuazione dello studio di incidenza SPIN-UTI in almeno una terapia intensiva per azienda (per le ASU/AS) - gennaio/marzo 2025 4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025 5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza 6. Sostegno alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il rischio infettivo 7. Prevenzione della Scabbia nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali Gli obiettivi sono assegnati agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	3. Studio di incidenza SPIN-UTI: a. inserimento dei dati entro aprile 2025 b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni" 4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: a. inserimento dei dati 2024 entro marzo 2025 b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni" c. attivazione della sorveglianza 2025 (settembre-novembre) 5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: a. punteggio almeno di 6 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all'anno precedente b. invio semestrale alla DCS degli indicatori 1, 2, 3 e 4 della matrice IPC e annuale degli indicatori 6 e 7 6. Indicatore compreso nel punto 1 dell'obiettivo "Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio" 7. Invio alla DCS di una relazione attestante l'adozione e la diffusione dei protocolli operativi di prevenzione e controllo delle infestazioni da <i>Scroptes scabiei</i> nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali entro il 31 dicembre 2025
Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	1. Sostegno alla continuità ospedale territorio 2. Identificazione di specifiche attività/programmi della Rete Cure Sicure FVG da implementare nelle strutture residenziali per non autosufficienti in accordo con gli standard di accreditamento istituzionale regionale 3. Avvio di eventi formativi sulle specifiche attività/programmi dalla Rete Cure Sicure FVG per le strutture residenziali per non autosufficienti 4. Miglioramento del sistema di <i>incident reporting</i> e analisi del rischio in ambito territoriale 5. Partecipazione del Risk Manager aziendale al tavolo "Cabina di Regia" per l'integrazione con le strutture residenziali per non autosufficienti 6. Valutazione dei ricoveri ripetuti e degli accessi in Pronto Soccorso degli ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti	1. Effettuazione di almeno 5 <i>tracer</i> per la valutazione delle buone pratiche tra ospedale e territorio comprensive di standard di prevenzione delle ICA (punto 6 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni") entro il 31 dicembre 2025 2. Evidenza della partecipazione alla costruzione del piano di miglioramento (annuale e triennale) e condivisione dello stesso con le strutture residenziali per non autosufficienti entro il 31 dicembre 2025 3. Realizzazione di almeno due eventi formativi indirizzati al Direttore Sanitario/Coordinatore delle strutture residenziali per non autosufficienti entro il 31 dicembre 2025 4. Invio di un report sulle segnalazioni di <i>near miss/incident reporting</i> (numero e tipologia) entro il 31 dicembre 2025 5. Evidenza della partecipazione del Risk Manager al tavolo secondo le indicazioni della Rete Cure Sicure 6. Invio alla DCS del verbale di condivisione dei dati con i Direttori Sanitari/Coordinatori delle strutture residenziali per non

Obiettivo	Risultato atteso	Indicatori
	Gli obiettivi sono assegnati agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	autosufficienti entro il 30 giugno 2025 ed invio della relazione delle azioni di miglioramento intraprese entro il 31 dicembre 2025
Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	1. Effettuazione delle survey di prevalenza del fenomeno nei presidi ospedalieri, nelle RSA e nelle strutture residenziali per non autosufficienti (queste ultime su base volontaria) 2. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari dei presidi ospedalieri, delle RSA e delle case di riposo (queste ultime su base volontaria) Gli obiettivi sono assegnati alle aziende territoriali: ASFO, ASUFC, ASUGI	1. Partecipazione alla survey di prevalenza da parte delle strutture indicate nel protocollo regionale con le modalità e i tempi previsti dallo stesso entro il 30 giugno 2025 ed invio della relazione delle azioni di miglioramento intraprese entro il 31 dicembre 2025 2. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari con le modalità e i tempi previsti dal protocollo regionale entro il 30 giugno 2025 ed invio della relazione delle azioni di miglioramento intraprese entro il 31 dicembre 2025
Gestione sicura del farmaco	1. Prescrizione dei farmaci inibitori di pompa protonica Obiettivo assegnato agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO. 2. Adesione alle buone pratiche relative all'utilizzo delle benzodiazepine nelle strutture residenziali per non autosufficienti Gli obiettivi sono assegnati agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO.	1. Presenza nell'80% delle lettere di dimissione ospedaliera di specifiche indicazioni sulla durata della terapia con PPI 2. Implementazione del programma in almeno due strutture residenziali per non autosufficienti per ogni Azienda entro il 30 giugno e verifica dei risultati con invio di una relazione entro il 31 dicembre 2025
Global Trigger Tool	Rilevazione dei dati secondo le indicazioni dello strumento Global Trigger Tool L'obiettivo è assegnato agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO.	Invio dei dati riferiti a 120 cartelle di dimissione entro il 31 dicembre 2025
Indicatori AHRQ	Condivisione dei dati aziendali L'obiettivo è assegnato agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO.	Evidenza delle modalità di condivisione dei dati con le SOC interessate entro il 31 dicembre 2025
Violenza sull'operatore	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell'operatore Gli obiettivi sono assegnati agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO.	1. Evidenza della partecipazione ai lavori del gruppo multidisciplinare individuato dall'Azienda 2. Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza alla DCS entro il 10 gennaio 2025

- Tutti gli invi di documenti vanno effettuati nei riguardi della DCS

Continuità con 2024 (obiettivi 2024 senza alcuna modifica)

Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Predisposizione e analisi dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione sulla gestione del rischio clinico secondo le indicazioni regionali Gli obiettivi sono assegnati a tutti gli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO	Pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione sull'attività di gestione del rischio clinico (secondo il format Rete Cure Sicure) entro il 31 marzo 2025
Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey Agenas L'obiettivo è assegnato agli Enti: ASFO, ASUFC, ASUGI, CRO, BURLO.)	Compilazione della survey entro i tempi previsti da Agenas

Matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni

N. indicatore	Tema		Punteggio			Dato di riferimento	Strutture di riferimento
1	Consumo di soluzione idroalcolica	< 20 L 0	20 ≤ x < 25 L 1	≥ 25 L 2		Dato CSIA degenze per i P.O. e calcolo in L*1000 giornate di ricovero nelle strutture di degenza territoriali aziendali	Presidi Ospedalieri e strutture di degenza territoriali aziendali
2	Adesione alla corretta igiene delle mani	< 70% 0	70-85% 1	> 85% 2		60 osservazioni al semestre per reparto	IRCCS: tutti i reparti di degenza AS/ASU: tutti i reparti di degenza per i P.O. e strutture di degenza territoriali aziendali
3	Adesione alla corretta profilassi	< 70% 0	70-85% 1	> 85% 2		30 cartelle per reparto chirurgico per semestre	AS/ASU e IRCCS: tutte le chirurgie non pediatriche Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC): AS/ASU e IRCCS: tutte le chirurgie non pediatriche
4	Adesione ai bundle	< 70% 0	70-85% 1	> 85% 2		Una scheda del documento regionale al mese (5 osservazioni) per un totale di 30 osservazioni a semestre per il: • posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza • prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)	Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza: AS/ASU tutti i reparti dei P.O. e strutture di degenza territoriali aziendali IRCCS: tutti i reparti del P.O.
5	Prevalenza di MRSA nel sangue e liquor	< 10% 2 <i>Inadeguato</i>	10-20% 1 <i>Base</i>	20-30% 0 <i>Intermedio</i>	> 30% - 1 <i>Avanzato</i>	Dato AR-ISS aziendale	P.O. con un minimo di 10 isolati anno
6	Risultato framework mani	- 1	0	1	2		
7	Risultato framework IPCV	- 1	0	1	2		

10.2 Accreditamento

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

La Direzione centrale salute precederà alla revisione della configurazione organizzativa dell'OTA, con l'obiettivo di assegnare al medesimo Organismo una strutturazione che consenta di definire il ruolo consultivo e

programmatorio dei referenti della qualità e dell'accreditamento degli enti del SSR, nonché di valorizzare il ruolo degli esperti nelle medesime discipline non titolari di specifico incarico nell'ambito dei medesimi enti.

La Direzione centrale salute programmerà l'attivazione del procedimento per l'autorizzazione e l'accreditamento dei programmi di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE).

La Direzione centrale salute implementerà le attività di verifica connesse al programma regionale dell'accreditamento degli enti del Servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alle cure domiciliari e alle attività ambulatoriali svolte presso le sedi territoriali delle Aziende sanitarie.

La Direzione centrale salute, dopo la conclusione delle attività di verifica connesse al procedimento di rilascio dell'accreditamento provvisorio, avvierà le medesime attività finalizzate al rilascio dell'accreditamento definitivo per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, ai sensi del DPR n. 107/2022. Il Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera e il Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria, titolare del procedimento, programmeranno le relative attività, in collaborazione con l'OTA.

Agli enti del SSR è richiesta la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei professionisti che ricoprono i diversi ruoli previsti per le verifiche di accreditamento e l'autorizzazione alla frequenza ai corsi di formazione in materia di accreditamento organizzati dall'OTA.

Agli enti del SSR è richiesta la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso:

- la messa a disposizione dei propri professionisti a collaborare alle verifiche. L'autorizzazione riguarda i dipendenti che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il percorso per ottenere la qualifica di valutatore
- la messa a disposizione dei propri professionisti per la partecipazione al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.
- la messa a disposizione propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento, per partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.
- la messa a disposizione dei propri dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori per partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
- la messa a disposizione dei propri dipendenti, componenti dell'OTA regionale, per svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023, secondo un calendario e per un impegno orario che sarà reso noto entro marzo 2025.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei professionisti da avviare al percorso formativo dei valutatori e degli esperti.					
1.	Gli enti del SSR consentono ai propri referenti della qualità e dell'accreditamento, componenti dell'OTA, di reclutare i dipendenti	1. Evidenza campagna di reclutamento (e-mail di avvio campagna con requisiti di accesso alla funzione e ai profili richiesti).	1. negli elenchi dei candidati figura l'80% dei profili professionali necessari/richesti.	1. Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento	1. Pubblicazione elenco valutatori aggiornato nell'area dedicata del sito web.	1. Aggiornamento elenco valutatori

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	appartenenti alle aree professionali individuate dall'OTA per coprire le esigenze connesse alle verifiche dell'accreditamento e che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il per-corso per diventare valutatore dell'accreditamento.					
2.	Gli enti del SSR mettono a disposizione tali professionisti e consentono loro di partecipare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento.	2. Evidenza autorizzazione da parte dell'azienda (e-mail) rispetto al reclutamento delle candidature volontarie acquisite e relativi doveri (partecipazione obbligatoria a 1 gg di formazione Corso Base); evidenza partecipazione a Corso Base (attestato) per singolo professionista.	2. Almeno l'80% dei professionisti i parte-cipa al Corso Base, se erogato.	2. Gli enti autorizzano l'80% dei loro candidati a partecipare alla giornata di Corso Base	2. ARCS funge da Provider per l'erogazione del Corso Base, accreditato con ECM.	2. Invio invito di partecipazione al Corso base a tutti i candidati valutatori; docenza su aspetti normativi e uso del sw SAOSS.
3.	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.	3. Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale	3. Formazione dei GdV garantendo l'affiancamento dei nuovi candidati al fine del completamento della formazione e il coinvolgimento dei valutatori già formati in modo omogeneo tra le aziende sanitarie.	3. Gli enti autorizzano i loro candidati e valutatori a partecipare ai sopralluoghi ad almeno 7 gg/anno per ciascuno (secondo le richieste di DCS e OTA).	3. /	3. Organizzazione, in sinergia con l'OTA, dei gruppi di verifica in base ai ruoli necessari in funzione della struttura sanitaria da verificare con inserimento di candidati e valutatori; rendicontazione del percorso del singolo valutatore con computo del numero di giornate effettivamente effettuate.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
	Partecipazione al pro-gramma di accredita-mento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accredita-mento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali Numero di giornate di partecipazione del singolo valutatore ad attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas/ giorni totali richieste da Ministero Salute e AGENAS	Numero minimo dei valutatori con profili specifici richiesti da Ministero della Salute e Agenas >75% delle giornate totali programmate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Messa a disposizione dei profili richiesti. Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione e obbligatoria	Pubblicazione sull'area del sito internet degli elenchi dei valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Flussi informativi con Enti ministeriali e con le Direzioni aziendali per monitoraggio reclutamenti e mantenimento delle competenze.
	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa) Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all'organismo (discente) / totale giornate erogate Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	Ciascun componente OTA garantisce la sua presenza per ≥1 giorni/settimana a su 40 settimane lavorative Ciascun componente OTA presenza per il 75% delle gg programmate ≥1 progetto di formazione per componenti OTA/anno ≥1 progetto di formazione per valutatori/anno 100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati all'OTA da parte di ogni componente OTA (salvo motivi giustificati) 100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati ai valutatori	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	Coinvolgimento del Provider ARCS nell'organizzazione e degli eventi di formazione con erogazione di ECM per le professioni sanitarie.	Partecipazione agli incontri dell'OTA e agli eventi formativi ad esso dedicati. Partecipazione obbligatoria agli eventi formativi dedicati ai valutatori se previsto incarico di docenza.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende	Ruolo ARCS	Ruolo DCS
			regionali per ogni componente OTA con incarico di docenza			

10.3 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,

nel primo semestre 2025 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
10.3.1.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente informatico	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target
10.3.1.b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente Tecnico (Elettronico Elettrotecnico)	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target
10.3.1.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Infermiere	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target
10.3.1.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Assistente sanitario	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target
10.3.1.e	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di laboratorio Biomedico	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target
10.3.1.f	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico sanitario di Radiologia Medica	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target
10.3.1.g	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	Approvazione graduatoria di merito entro il 30.6.2025	Entro il 30.6.2025	ARCS	entro il 30.6.2025	Vedi target

nel secondo semestre 2025 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
10.3.2.a	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Dietista	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2025	Entro il 31.12.2025	ARCS	entro il 31.12.2025	Vedi target
10.3.2.b	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2025	Entro il 31.12.2025	ARCS	entro il 31.12.2025	Vedi target

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		RUOLO ARCS	RUOLO DCS
10.3.2.c	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Collaboratore Amministrativo-Professionale	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2025	Entro il 31.12.2025	ARCS	entro il 31.12.2025	Vedi target	
10.3.2.d	Espletamento della procedura concorsuale centralizzata per Ostetrica	Approvazione graduatoria di merito entro il 31.12.2025	Entro il 31.12.2025	ARCS	entro il 31.12.2025	Vedi target	

Inoltre, qualora richiesto dalle Aziende, l'ARCS potrà anche dare seguito all'espletamento di procedure:

- concorsuali aggiuntive o ripetute nel caso di esaurimento delle graduatorie adottate nel corso dell'anno;
- selettive per la copertura di posti a tempo determinato, compatibilmente con le procedure concorsuali in corso.

10.4 Gestione della logistica di reparto e attività di sperimentazione

Il Capitolato tecnico della gara ARCS relativo al Servizio di Logistica centralizzata per le Aziende del SSR prevede l'attivazione, da parte della Ditta aggiudicataria e nel corso della durata contrattuale, di un progetto sperimentale per la gestione della logistica di reparto con i seguenti obiettivi: semplificare le attività di pianificazione delle scorte e di riordino a livello di reparto; garantire scorte di reparto commisurate alla reale domanda dei beni di consumo e alla capacità e tempestività di ripristino da parte del Magazzino centralizzato; livellare e semplificare l'intera catena logistica a monte; garantire tracciabilità e sicurezza dei beni. Nella propria offerta tecnica la Ditta Aggiudicataria ha presentato una progettualità di massima, che va sottoposta a customizzazione ed approfondimento con il coinvolgimento dell'Azienda individuata come sito presso cui attivare il progetto sperimentale. Nel 2025 l'obiettivo è di selezionare il sito presso cui attivare il progetto sperimentale e, con il coinvolgimento dell'Azienda interessata, dare corso alla sua implementazione.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.4.a	Avviare il progetto sperimentale per la gestione della logistica di reparto	Selezione del sito sulla base dell'interesse manifestato dalle Aziende sanitarie	entro il 30.03.2025	ARCS	entro il 30.03.2025		
		Predisposizione del progetto esecutivo da parte di ARCS e l'azienda sanitaria pilota	Entro il 30/09/2025	ARCS	Entro il 30/09/2025		
				Azienda Pilota	Entro il 30/09/2025		

10.5 Gestione delle valutazioni di proposte di Partenariato Pubblico-Privato

Nel corso del 2025 verranno costruiti i presupposti per la realizzazione di un modello "a rete" per la selezione delle proposte private di PPP, nell'ottica di affermare il ruolo di ARCS nella valutazione e selezione di proposte private di PPP per la realizzazione di progetti di interesse pubblico per gli Enti del SSR. Con tale progettualità la Regione si prefigge il duplice obiettivo di aumentare il potere negoziale della parte pubblica nei rapporti con i potenziali partner privati, con conseguente riduzione dell'asimmetria informativa e di indirizzarsi verso processi di innovazione come importante opportunità trasformativa. In questa prima fase di attuazione, che coinvolgerà l'intero anno 2025, ARCS si dovrà occupare di sviluppare un progetto riguardante il modello di centralizzazione sopra descritto entro il 30 giugno, oltre, su delega degli Enti del SSR interessati, ad assicurare il supporto per lo svolgimento delle procedure di aggiudicazione (fase di affidamento) dei contratti di concessione e di partenariato pubblico privato.

10.6 Analisi economica, di fattibilità e opportunità su ipotesi di attività di consegna a domicilio di ausili monouso

Un ulteriore ambito di studio che si intende approfondire nel corso del 2025 riguarda l'opportunità di avviare un programma di consegna a domicilio di ausili monouso di cui all'allegato 2 del DP.C.M. 12 gennaio 2017, in particolare per quelle tipologie di ausili che non richiedano l'intervento o il controllo di un operatore sanitario, ma che siano a completa gestione del paziente o del caregiver. Entro il 31.12.2025 ARCS, in collaborazione con le Aziende del SSR, realizzerà il suddetto studio al fine di determinare la fattibilità sia in termini economici che logistici nonché di beneficio per il paziente anche tenendo conto del percorso di presa in carico del paziente stesso, a tal fine la valutazione dovrà approfondire i seguenti aspetti: il percorso prescrittivo (e quindi maggior tracciabilità), il percorso di presa in carico del paziente, le necessità del paziente o del caregiver, i costi e la logistica.

10.7 Attività di comunicazione per il Servizio Sanitario Regionale

Nelle funzioni di coordinamento dell'Azienda di Coordinamento per la Salute rientra anche quella del coordinamento attivo e propositivo delle attività di comunicazione relative al Servizio Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia come previsto dal Piano di comunicazione presentato per il 2024.

La Centrale della Comunicazione del Sistema Salute Regionale (CCSSR) è incaricata di progettare e gestire le strategie di comunicazione per le necessità del Sistema salute regionale con l'obiettivo di creare una sua immagine positiva, unitaria e coerente, e per illustrare alla cittadinanza, in modo trasparente e propositivo, le progettualità e le scelte in materia di salute attuate a livello regionale.

La CCSSR, inoltre, ha l'obiettivo di creare un sistema di comunicazione rivolto a tutti gli operatori del Servizio Sanitario regionale mirato a consolidare la conoscenza delle strategie aziendali e regionali e a informare, coinvolgere e motivare i professionisti della salute.

La CCSSR è incaricata della progettazione, realizzazione e gestione di strategie e strumenti di comunicazione e informazione per governare e potenziare la cultura della salute nei cittadini partendo dalla valorizzazione delle attività in atto legate a progettualità regionali, nazionali, europee e a quelle indicate dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.7.a	Potenziamento delle risorse tecniche, economiche e umane, della Centrale della Comunicazione del Sistema salute Regionale (CCSSR) incaricata della progettazione strategica, del coordinamento generale e dell'operatività delle azioni di comunicazione, informazione e marketing del sistema salute regionale.	Predisposizione di un piano di comunicazione con definizione delle linee guida della comunicazione del Sistema salute regionale per il 2025 e calendarizzazione degli eventi strategici ricorrenti (Campagna per Ondate di calore, Campagna per prevenzione zecche, campagna prevenzione arbovirus, Campagna antinfluenzale, ecc.). Nel piano saranno indicate le necessità in termini di: – risorse umane dedicate. – risorse economiche	entro il 31/01/2025	ARCS	Vedi target	Vedi target	
10.7.b	Attivazione del nuovo portale internet di ARCS impostato come sito aziendale e come collettore di informazioni, per il cittadino e gli organi di stampa, relative al Servizio Sanitario Regionale	Aggiudicazione procedura di gara per la selezione del fornitore che realizzerà il nuovo portale internet di ARCS	entro il 30.06.2025	ARCS	Vedi target		
		Realizzazione del portale	entro il 31.12.2025	ARCS	Vedi target		

cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target	Target aziende		Ruolo ARCS	Ruolo DCS
10.7.c	Attivazione di una piattaforma di comunicazione atta a sostenere attività di progettazione condivisa fra ARCS, le Aziende e tutti i soggetti del SSR basata su programmi open source o già presenti sul mercato.	Attivazione della piattaforma	entro il 30.06.2025	ARCS	Vedi target		
10.7.d	Analisi di fattibilità di un canale informativo, come strumento di comunicazione istantanea e di informazione rivolto alla popolazione, comprensiva dell'individuazione delle risorse necessarie e delle soluzioni giuridiche e tecniche, in vista dell'attivazione del canale medesimo.	Definizione della fattibilità di un canale informativo dedicato a supportare la comunicazione istantanea e accessibile alla popolazione e agli operatori e professionisti del SSR FVG. Alla definizione del canale e alla sua implementazione potranno contribuire gli Enti del SSR	entro il 31.12.2025	ARCS	Vedi target		
10.7.e	Analisi di fattibilità di strumenti di comunicazione, informazione e formazione (quali, ad esempio profili LinkedIn, video informativi, ecc.) per le strutture dell'ARCS e, in particolare, della SORES, funzionali anche al reclutamento di personale.	Definizione degli strumenti che possono contribuire a informare la popolazione sulle attività della Struttura Operativa Regionale Emergenza Sanitaria informando sui servizi offerti, sulle corrette modalità di contatto e utilizzo della SORES.	entro il 31.12.2025	ARCS	Vedi target		
10.7.f	Attivazione di campagne di informazione rivolte alla cittadinanza.	Attivazione di campagne di informazione mirate a far conoscere alla popolazione l'organizzazione del sistema salute regionale, i programmi di prevenzione e lo sviluppo dei percorsi di salute rivolti alla cittadinanza, nonché l'evoluzione digitale della medicina compreso lo sviluppo dell'utilizzo dell'intelligenza artificiale. 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.	entro il 31.12.2025	ARCS	Vedi target		

11. ATTIVITÀ DI RICERCA E INNOVAZIONE

11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione

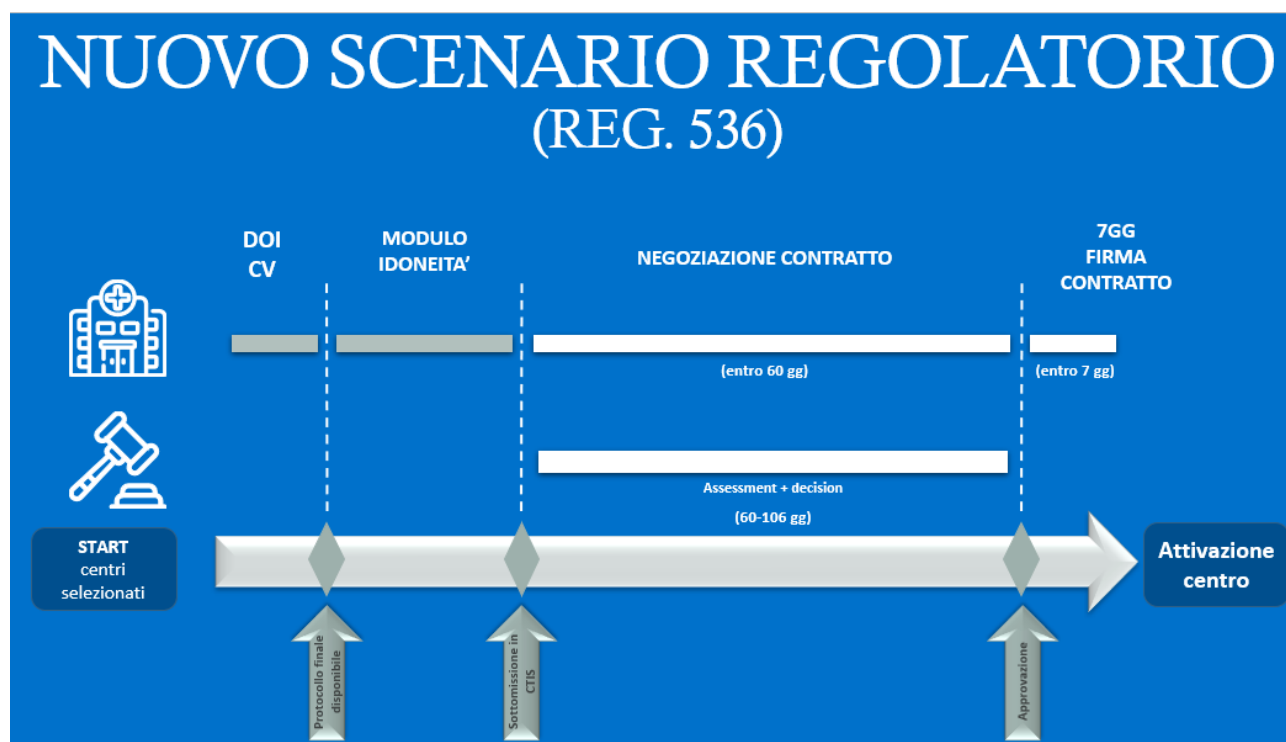
La ricerca ed innovazione in ambito sociosanitario e, in particolare quella clinica, costituisce un asset strategico per il nostro Paese perché:

- accelera il trasferimento di conoscenze e competenze rilevanti per gli operatori sanitari, con effetti positivi sulla qualità dell'assistenza sanitaria;
- consente al paziente che partecipa ad uno studio clinico un accesso precoce alla terapia, con possibilità di

usufruire di alternative terapeutiche migliori rispetto a quelle già disponibili sul mercato;

- aumenta l'attrattività di investimenti privati, anche internazionali, che producono effetti economici positivi sul Sistema Sanitario e riduce i costi diretti sostenuti, grazie all'insieme di prestazioni sanitarie, attività diagnostiche e nuovi farmaci resi disponibili nell'ambito dei clinical trials;
- produce effetti positivi sulla crescita delle competenze professionali.

L'Italia, inclusa la nostra Regione, rappresenta un Paese rilevante per la ricerca clinica, grazie alle sue caratteristiche demografiche, alla rilevanza del suo mercato farmaceutico e all'elevata competenza scientifica dei suoi ricercatori, ma è stata una delle ultime nazioni ad adeguarsi al Regolamento Europeo (Regolamento (UE) n. 2014/563 del Parlamento Europeo) che introduce una procedura di valutazione unica per tutti i Paesi europei partecipanti allo studio, prevede la presentazione di un solo dossier comprendente sia i documenti tecnico-scientifici (dati clinici e non) e di qualità "globali" sia la documentazione che descrive gli aspetti etici e di fattibilità locale e che introduce anche tempistiche stringenti e poco negoziabili a cui autorità competenti, comitati etici, promotori e centri clinici dovrebbero necessariamente attenersi rispetto ai quali il nostro paese non riesce a portare risultati performanti (si veda Tabella).



Procedure per l'autorizzazione e l'attivazione di studi di ricerca clinica secondo il Regolamento UE 536 del 2014

La Regione FVG intende impegnarsi nel favorire lo sviluppo nelle strutture sociosanitarie regionali della Ricerca e Innovazione per elevare le performance del settore sociosanitario regionale e che incentivino la collaborazione tra il sistema sanitario e sociosanitario, il sistema produttivo e della ricerca, nel rispetto della normativa che regola la gestione e la privacy dei dati sanitari.

TEMPISTICHE	Tempi richiesti dalle normative	Riferimento normativo	Media Italia
Sottomissione-Approvazione	60-106 gg	Reg 536/2024	106 gg

Regolatoria			
Approvazione Regolatoria- Primo contratto firmato	7 gg	DM 22/01/2023	15 gg
Approvazione Regolatoria- 75% contratti firmati	7 gg	DM 22/01/2023	150 gg
Approvazione Regolatoria- 100% contratti firmati	7 gg	DM 22/01/2023	180 gg

Confronto delle tempistiche previste dalle normative e tempistiche reali dei centri (fonte studio Ambrosetti novembre 2024)

Per favorire la Ricerca e lo Sviluppo nella dimensione salute nella nostra Regione è opportuno ridurre i tempi tra la sottomissione dello studio e l'attivazione del centro (conseguente alla firma del contratto e al decreto aziendale di avvio dello studio).

Si richiede pertanto alle Aziende Sanitarie e IRCCS della Regione, coordinate e monitorate da ARCS di avviare un percorso che tenda nel tempo ad avvicinarsi alle tempistiche previste dalla normativa.

Obiettivo ARCS	Risultato atteso
A	Verificare lo stato di attivazione degli studi clinici presso le AS e IRCCS Regionali e monitorare il loro stato di avanzamento a livello trimestrale
B	ARCS invia trimestralmente un report alla DCS sugli studi attivi e in attivazione nella AS e IRCCS regionali
Obiettivi aziendale	Risultato atteso
A	Gli Enti del SSR inviano trimestralmente ad ARCS un report con lo stato dell'arte degli studi attivi nelle AS e IRCCS regionali
B	ARCS invio trimestralmente un report alla DCS sugli studi attivi e in attivazione nella AS e IRCCS regionali
C	Gli enti del SSR, previa adozione di linee di indirizzo da parte di ARCS di concerto con la DCS, entro il 30.06.2025 organizzano i percorsi aziendali per la presentazione degli studi, compreso il supporto per i profili inerenti la tutela della riservatezza e la tempestiva raccolta del consenso informato, e entro il 31.10.2025 adottano regolamento e istruzioni operative in cui vengono disciplinati in maniera chiara e trasparente i percorsi e i tempi da assicurare.

12. LE RISORSE FINANZIARIE

12.1 Sintesi dei finanziamenti del Servizio Sanitario Regionale di parte corrente – anno 2025

Si riporta di seguito la sintesi delle disponibilità finanziarie per la gestione di parte corrente del Servizio sanitario regionale iscritte a bilancio regionale per il 2025 e programmate con il presente atto:

2025_FINANZIAMENTI ISCRITTI A BILANCIO REGIONALE

CAPITOLO		DESCRIZIONE	IMPORTO
CAP	4364	FSR 2025 iniziale	2.872.000.000,00
CAP	11504	Finanziamento disabilità iniziale	51.500.000,00
CAP	68505	Finanziamento rinnovi contrattuali	93.000.000,00
		Finanziamento politiche regionali	27.000.000,00
CAP	7788	Maggiori oneri sanitari oneri case di riposo	7.900.000,00
Finanziamento gestione dei LEA sanitari e sociosanitari del SSR			3.051.400.000,00
CAP	4379	Finanziamento ospedali psichiatrici giudiziari	1.410.000,00
CAP	68621	Finalizzazioni regionali extra fondo	44.010.000,00
CAP	69475	Anticipazione regionale fondi payback farmaci	39.000.000,00
Ulteriori finanziamenti regionali			84.420.000,00

Finanziamento di parte corrente per attività LEA ed extraLEA regionale			3.135.820.000,00
CAP	4499	Abbattimento rette case di riposo	69.188.000,00
		Sperimentazione "Domiciliarità comunitaria"	1.412.000,00
CAP	8408	Abbattimento rette centri diurni	1.400.000,00
Finanziamenti di parte corrente per attività dei LEA sociosanitari regionali			72.000.000,00

Totale finanziamento 2025			3.207.820.000,00
----------------------------------	--	--	-------------------------

Nell'esercizio 2025, 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. 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 per il 2025 e parimenti programmate con il presente atto.

12.2 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 2025 prosegue nel processo di progressiva revisione delle modalità di rappresentazione contabile delle risorse assegnate annualmente dalla Regione ai medesimi.

Un tanto volto a rispondere agli indirizzi impartiti dal "Tavolo ministeriale di verifica degli adempimenti" (ex art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005) ed ai 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.

Questo processo porta nell'esercizio 2025, coerentemente con le modifiche contabili, all'assegnazione, del finanziamento per il fabbisogno LEA, alla determinazione della quota di maggiore fabbisogno LEA, mentre le attività che rappresentano interventi specifici volti al perseguimento di finalità di interesse regionale affidati ad un determinato soggetto sono rappresentate quali "Finalizzazioni regionali".

Le aziende dovranno poi 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 118/2011 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia), che dovrà altresì comprendere la gestione di attività socio-assistenziali su delega dei Comuni assunta ai sensi dell'articolo 35 della LR 26/2015.

Il presente 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 01.01.2024 non pesata (c.d. grezza o 'secca') e di quella pesata con i criteri di suddivisione del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2023 (di cui al rep.262/CSR del 9 novembre 2023), in relazione all'ambito di ciascun Ente:

POPOLAZIONE	REGIONE	Azienda sanitaria "Friuli Occidentale"	Azienda sanitaria universitaria "Friuli Centrale "	Azienda sanitaria universitaria "Giuliano Isontina"
popolazione non pesata al 01/01/2024	1.195.792,00	311.149,00	517.261,00	367.382,00
popolazione pesata al 01/01/2024	1.399.330,74	348.994,22	611.823,79	438.512,73
popolazione pesata di età eguale o maggiore di 65 anni al 01/01/2024	821.037,25	196.450,59	362.441,46	262.145,20
popolazione pesata al 01/01/2024 oltre 500 mt. alt.	31.798,04	3.261,23	28.536,81	-

Fonte: DEMOISTAT

L'individuazione degli standard di riferimento è avvenuta tramite riferimenti nazionali oppure sulla base della valutazione degli andamenti gestionali medi regionali.

Il finanziamento 2025 ha due livelli di attribuzione: ad un primo livello è stata ripartita tra le Aziende la quota a finanziamento dei LEA, incrementata del valore degli extra-LEA regionali; tale livello è ripartito tra gli enti del SSR per una quota in base ad attività non dipendenti dalla popolazione (per "funzioni"), 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 e ricomprende anche delle quote per il recupero delle liste d'attesa.

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 cardiocirurgia
- Centro malattie rare
- Funzioni Burlo: screening fibrosi cistica, screening metabolico, protesi cocleari
- Attività centralizzate ARCS

Per quanto riguarda la quota ripartita in base alla popolazione pesata, sono stati impiegati i seguenti criteri, per ciascun livello assistenziale, considerando la seguente tipologia di popolazione:

Popolazione pesata:

- Ricoveri
- Specialistica
- Farmaceutica
- AFIR
- Protesica

Popolazione ultra sessantacinquenne 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 standardizzato del 140,00 per mille. Complessivamente è di 580,97 euro e remunera per 515,36 euro la parte tariffaria e la restante quota per la complessità ospedaliera;
- lo *standard pro capite* per la specialistica ambulatoriale di 214,86 euro è stato determinato sulla base di 3,4 prestazioni per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio; inoltre sono state escluse le prestazioni legate a specifici finanziamenti finalizzati. Per le prestazioni di chemioterapia (cod. prestazione 99.25.1) l'importo della tariffa è stato abbattuto del 90%;
- per la farmaceutica, valutato l'andamento della spesa nel periodo gennaio-settembre 2024, lo standard 2025 è così determinato:

- spesa complessiva 2024 (proiezione al 31.12.2024) + 2,5% (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 onco.

L'andamento di ciascun canale in termini di eventuale incremento % può essere anche diverso, fermo restando un incremento massimo complessivo del 2,5% per ciascuna Azienda/IRCCS (il monitoraggio valuterà l'andamento della spesa complessiva compresa la componente ospedaliera non onco).

NOTE: a) dalla territoriale diretta sono esclusi i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia

rara (costo trattamento > 2 milioni), la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno e la quota degli innovativi, coperte da specifico finanziamento regionale, erogati in diretta a residenti FVG; b) dalla farmaceutica ospedaliera non onco + 10% diretta sono esclusi i vaccini, gli oncologici-oncoematologici, la quota SMA e la quota innovativi coperte da specifico finanziamento regionale; c) dalla farmaceutica ospedaliera oncologici + 10% diretta sono escluse le terapie CAR-T;

- per l'AFIR, per ciascuna Azienda è stata finanziata la spesa 2024 (proiezione al 31.12.2024) + 2,5% che comprende anche la spesa nei punti vendita commerciali dei prodotti per i celiaci;
- 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 complessivo 2025 (cap. 4364), calcolato sulla popolazione non pesata.

Il finanziamento del livello dell'integrazione socio sanitaria fa riferimento agli *standard* assistenziali ipotizzando un tasso di occupazione dei posti letto al 100%.

Per le altre prestazioni di assistenza socio sanitaria sono stati considerati i costi sostenuti nell'esercizio 2023 e il trend del 2024, e sono state previste le stesse risorse dell'esercizio 2024.

La linea di finanziamento "Personale disturbi comportamento alimentare, autismo" è stata calcolata per 50% (1 milione) ripartito sulla popolazione del territorio delle 3 Aziende Sanitarie in base alla fascia di età 0 - 18 anni (fascia di popolazione delle attività legate all'autismo) e per 50% (1 milione) ripartito sulla popolazione del territorio delle tre Aziende Sanitarie in base alla fascia di età 0 - 65 anni (fascia di popolazione per i disturbi alimentari).

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 1 -Finalizzazioni regionali LEA – finanziamento ripartito

N.	Finalizzazioni regionali fondo	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE 2025	SERVIZIO
1	Quota INAIL finalizzata (anno 2025) - dir. Medici SSR						442.800	442.800	SPER
2	Piano sangue regionale		4.050.000					4.050.000	SDO
3	Elisoccorso		8.310.000					8.310.000	SDO
4	Assicurazioni RC - polizza						4.100.000	4.100.000	SDO
5	Assicurazioni RC - fondo copertura						14.198.354	14.198.354	SDO
6	Finanziamento AIR Medicina convenzionata	10.377.663	16.706.287	9.952.898				37.036.848	SDO
7	Finanziamento AIR Medicina convenzionata per incremento dei collaboratori di studio nella medicina convenzionata	592.203	943.282	459.272				1.994.757	SDO
8	ACN medicina convenzionata 2019/2021 _ competenza 2025	1.592.602	2.587.104	1.746.860				5.926.566	SDO
9	ACN medicina convenzionata 2022/2024 _ competenza 2025	2.299.785	3.964.466	2.636.741				8.900.992	SDO
10	Disagio carceri	14.876	42.308	42.816				100.000	SPTS
11	SMA	500.000	2.000.000	1.250.000	400.000			4.150.000	DC-FARMA
12	CAR-T (STIMA 30 pz)							3.000.000	DC-FARMA
	TOTALE	15.377.129	41.603.447	16.088.587	400.000	-	18.741.154	92.210.317	

***Legenda dei Servizi competenti:** DC-FARMA (già SAFA - Servizio assistenza farmaceutica); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SPTS (Servizio affari giuridici e legislativi della direzione e politiche per il terzo settore).

È stato poi ripartito il finanziamento relativo al fondo sociosanitario per la disabilità, secondo quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, gli oneri sanitari per gli anziani in casa di riposo, le risorse per l'attività delle REMS ripartite per il 50% sulla base del numero delle persone assistite e per il 50% sulla base della popolazione residente 2022. Infine la quota relativa al fabbisogno attività LEA da ripartire, come illustrata nella tabella sotto riportata, ricomprende dei finanziamenti che non possono essere ripartiti con il presente atto in quanto sono legati all'andamento dell'attività dell'anno o alla stipula di nuovi accordi.

Tabella 2 - Finalizzazioni regionali LEA – finanziamento da ripartire

N.	Finalizzazioni regionali fondo	DA RIPARTIRE	SERVIZIO
1	Accantonamento rinnovi contrattuali 2022/2024 comparto e dirigenza (anno 2025)	63.167.761	SPER
2	Accantonamento rinnovi CCNL 2025/2027	21.055.920	SPER
3	Incremento indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria	1.035.000	SPER
4	Incremento indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica	113.850	SPER
5	Indennità infermieristica e tutela del malato	1.035.000	SPER
6	Politiche regionali	27.000.000	UOS
7	ACN medicina convenzionata 2022/2024 - competenza 2025 (0,22)	338.792	SDO
8	ACN medicina convenzionata 2025/2027 - competenza 2025 (1,8%)	2.938.251	SDO
9	Indennità PS comparto sanità (anno 2025) - rinnovo CCNL 2019/2021	6.817.970	SPER
10	Indennità PS dirigenza medica (anno 2025) - rinnovo CCNL 2019/2021	2.341.650	SPER
11	Quota INAIL finalizzata (anno 2025) - MMG	200.000	SDO
12	SMA	1.350.000	DC-FARMA
13	CAR-T (STIMA 30 pz)	3.000.000	DC-FARMA
14	Farmaci innovativi	16.500.000	DC-FARMA
15	Finanziamento oneri sanitari disabilità	250.000	SPSS
16	Disponibilità maggiore fabbisogno LEA	2.306.790	UOS
	TOTALE	149.450.984	

*Legenda dei Servizi competenti: DC-FARMA (già SAFA - Servizio assistenza farmaceutica); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SPSS (Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria); UOS (Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico).

Il finanziamento per le finalizzazioni extra-fondo ovvero per alcune specifiche attività di interesse regionale che vengono individuate annualmente, per l'esercizio 2025 sono le seguenti:

Tabella 3 - Finalizzazioni extra fondo - finanziamenti ripartiti

N.	Finalizzazioni regionali extra fondo	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE	SERV.
1	Corsi residenziali rivolti ai soggetti diabetici						100.000	100.000	SDO
2	Progetto odontoiatria pubblica			1.000.000				1.000.000	SDO
3	Spese di funzionamento Centro per la formazione in sanità						2.300.000	2.300.000	SDO
4	Progetto Comunicatori verbali		40.000					40.000	SDO
5	Finanziamento Soccorso Alpino						160.000	160.000	SDO
6	Finanziamento per attività di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	300.000		1.012.521				1.312.521	SDO
7	Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione funzionale per i disturbi dello spettro autistico	300.000						300.000	SDO
8	Avvalimento di personale delle Aziende Sanitarie per le progettualità della Rete Cure Sicure	-	56.500					56.500	SDO
9	Rimborso del personale incaricato per i sopralluoghi di accreditamento nelle strutture sanitarie del FVG	-					3.000	3.000	SDO
10	Agenda della gravidanza	-					110.000	110.000	SDO

N.	Finalizzazioni regionali extra fondo	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ARCS	TOTALE	SERV.
11	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	-					85.000	85.000	SPAVE
12	Progetto "Piccole produzioni locali"	-	150.000					150.000	SPAVE
13	Promozione, prescrizione e somministrazione esercizio fisico personalizzato	-	110.000	60.000				170.000	SPAVE
14	Sviluppo delle conoscenze tra ambiente e salute	-		100.000				100.000	SPAVE
15	Screening cardiovascolare	-					400.000	400.000	SPAVE
16	Attività di supporto alla Direzione centrale nel settore delle tecnologie e degli investimenti con particolare riferimento all'attuazione del PNRR, nonché nell'analisi, valutazione e valorizzazione del patrimonio edile e impiantistico del SSR	95.000		95.000	95.000	95.000		380.000	SETI
17	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	40.000	SETI
18	Formazione operatori sociosanitari (OSS)	-	475.000					475.000	SPTS
19	Piano della formazione, della comunicazione e studi	-					350.000	350.000	SPER
20	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	-		460.000				460.000	DC
21	Attività di ricerca, formazione e disseminazione del Centro collaboratore OMS per la salute mentale – DSM/ASUGI	-		50.000				50.000	DC
22	Finanziamento Area Welfare (40%) - Attività	-		200.000				200.000	WEL
23	Attività di supporto servizio Area Welfare - promozione inserimento lavorativo persone svantaggiate	-	50.000					50.000	WEL
24	Ricerche "Nuove modalità accreditamento sistema residenziale e semiresidenziale disabilità" e "Liste d'attesa inserimento residenze per anziani"	150.000						150.000	WEL
25	Valorizzazione della figura delle persone esperte in supporto tra pari- Peer Support Workers	40.000	60.000	40.000				140.000	SPSS
26	Finanziamento Ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R. 14/2006	-			9.297.000	9.297.000		18.594.000	SDO
TOTALE		885.000	941.500	3.017.521	9.392.000	9.392.000	3.548.000	27.176.021	

*Legenda dei Servizi competenti: DC (Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità); SDO (Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera); SETI (Servizio tecnologie ed investimenti); SPAVE (Servizio prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria); SPER (Servizio personale SSR, formazione e rapporti con le università); SPSS (Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria); SPTS (Servizio affari giuridici e legislativi della direzione e politiche per il terzo settore); WEL (Servizio area welfare di comunità).

Infine la quota relativa alle finalizzazioni extra-fondo, come illustrata nella tabella sotto riportata, ricomprende dei finanziamenti che verranno ripartiti successivamente nel corso del 2025:

Tabella 4 - Finalizzazioni regionali extra fondo - da ripartire

	Finalizzazioni regionali extra-fondo	DA RIPARTIRE	SERVIZIO
	Finanziamento Area Welfare (40%) - Personale in utilizzo	1.000.000	DC
	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2.800.000	DC/UOS
	Rafforzamento attività di refertazione della diagnostica per immagini nello screening prevenzione del tumore al seno	600.000	DC
	Stanziamento a differenza sull'importo 2024, escluso mobilità	12.433.979	UOS
TOTALE		16.833.979	

*Legenda dei Servizi competenti: DC (Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità); UOS (Unità operativa specialistica di bilancio e coordinamento strategico).

Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2025

	REGIONE	205_ASFriuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
PREVENZIONE	143.594.835,00	36.267.221,00	60.291.431,00	42.821.683,00	-	-	4.214.500,00	
Quota indistinta di cui per Veterinaria	142.794.835,00 718.000,00	36.059.058,00 186.680,00	59.945.377,00 315.920,00	42.575.900,00 215.400,00			4.214.500,00	
Finanziamento per PNCAR standard 5% fondo	800.000,00 115,89	208.163,00	346.054,00	245.783,00				
RICOVERI TOTALE	812.982.193,00	191.645.045,00	361.752.280,00	252.641.357,00	3.885.265,00	3.058.246,00	-	
Complessità (10% tariffato totale escluso PS)	65.446.333,00	11.787.383,00	31.582.216,00	17.992.316,00	2.285.450,00	1.798.968,00		
7% tariffato	26.376.769,00		14.860.556,00	8.657.120,00	1.599.815,00	1.259.278,00		
Ricoveri mobilità fvg (t.o. 140,00 * 1000)_t.o. statale 140*1000	721.159.091,00	179.857.662,00	315.309.508,00	225.991.921,00				
pro capite proiezione 31-dic-2024	513,17							
standard mobilità 2025	515,36							
standard totale 2025 (mobilità + complessità +7%)	580,97							
SPECIALISTICA TOTALE	300.660.204,00	74.984.899,00	131.456.460,00	94.218.845,00	-	-	-	
Specialistica mobilità (3,4 prestazioni)	300.660.204,00	74.984.899,00	131.456.460,00	94.218.845,00				
pro capite proiezione 31-dic-2024	205,96							
standard mobilità 2025	214,86							
ADI	46.905.941,00	10.984.150,00	21.503.805,00	14.417.986,00	-	-	-	
standard 2019	55,00							
standard pop > 500 mt. alt.	110,00							
PROTESICA	20.989.961,00	5.234.913,00	9.177.357,00	6.577.691,00	-	-	-	
standard 2019	15,00							
FARMACEUTICA TOTALE	441.333.457,00	95.840.732,00	199.629.574,00	130.505.799,00	514.242,00	14.843.110,00	-	
FARMACEUTICA - DISTRIBUZIONE PER CONTO	74.956.937,00	16.926.717,00	34.151.506,00	23.878.714,00				
FARMACEUTICA - TERRITORIALE CONVENZIONATA	166.078.012,00	41.155.007,00	74.341.235,00	50.581.770,00				
FARMACEUTICA - TERRITORIALE DIRETTA (90%)	142.798.101,00	35.797.735,00	64.838.425,00	42.161.941,00				
FARMACEUTICA - ONCO (+10%)	57.500.407,00	1.961.273,00	26.298.408,00	13.883.374,00	514.242,00	14.843.110,00		
AFIR	14.471.810,00	3.068.089,00	5.130.865,00	6.272.856,00				
MEDICINA CONVENZIONATA	117.191.795,00	30.302.672,00	49.238.141,00	37.650.982,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Assistenza primaria	74.384.697,00	18.705.720,00	31.052.857,00	24.626.120,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Continuità assistenziale	10.883.098,00	2.862.255,00	5.195.591,00	2.825.252,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) Medici di medicina generale _ Emergenza Territoriale	735.000,00	85.000,00		650.000,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Pediatri di libera scelta	15.708.807,00	4.753.536,00	6.463.741,00	4.491.530,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Specialisti ambulatoriali	7.205.334,00	1.487.737,00	3.157.294,00	2.560.303,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_altri	2.615.983,00	945.145,00	925.053,00	745.785,00				
Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.)_Competenza 2025 _ rinnovi contrattuali 2016/2018	5.658.876,00	1.463.279,00	2.443.605,00	1.751.992,00				

	REGIONE	205_ASFriuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	109.159.757,00	25.949.511,00	48.044.121,00	35.059.925,00	106.200,00	-	-	
Convenzione oneri sanitari strutture residenziali anziani	30.900.055,00	7.096.024,00	14.165.779,00	9.638.252,00				
Altre prestazioni di Socio Sanitaria	78.259.702,00	18.853.487,00	33.878.342,00	25.421.673,00	106.200,00	-	-	
Minori - strutture residenziali e semiresidenziali	3.900.000,00	992.761,00	1.592.925,00	1.314.314,00				
Salute mentale minori-Programmi abilitativi/riabilitativi--Budget di salute	689.000,00	130.000,00	316.804,00	203.196,00	39.000,00			
Salute mentale minori -Programmi riabilitativi in cogestione con il Terzo Settore_S13	689.579,00	170.849,00	268.500,00	183.030,00	67.200,00			
Disabilità - Assistenza riabilitativa ex art. 26	14.450.184,00	5.498.558,00	7.591.771,00	1.359.855,00				
Adeguamento tariffe prestazioni RSA, ex art.26	4.000.000,00	1.000.000,00	1.850.000,00	1.150.000,00				
Salute mentale - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	17.293.693,00	2.227.628,00	8.145.091,00	6.920.974,00				
Dipendenze - Convenzioni/contratti attività riabilitativa	6.847.191,00	1.085.575,00	2.490.270,00	3.271.346,00				
Progetto Riabilitazione Tossicodipendenti	200.000,00	51.810,00	86.503,00	61.687,00				
Dipendenze, programmi di abilitazione/riabilitazione con budget di salute	600.000,00	180.000,00	220.000,00	200.000,00				
Altre prestazioni sociosanitarie	27.500.055,00	6.938.660,00	10.425.886,00	10.135.509,00				
Personale disturbi comportamento alimentare, autismo	2.000.000,00	552.646,00	850.592,00	596.762,00				
Funzioni socio assistenziali finalizzate	90.000,00	25.000,00	40.000,00	25.000,00				
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	
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	
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	
Totale Fabbisogno calcolato ProCapite e Funzioni	2.231.040.414,00	520.397.763,00	982.100.365,00	684.510.087,00	12.780.048,00	23.195.865,00	8.056.286,00	

	REGIONE	205_ASFriuli Occidentale	206_ASU Friuli Centrale	207_ASU Giuliano Isontina	901_IRCCS BURLO	902_IRCCS CRO	960_ARCS	QUOTE NON RIPARTITE
ULTERIORE FABBISOGNO LEA	122.981.646,00	27.109.407,00	43.938.869,00	33.623.170,00	200.000,00	200.000,00	15.760.200,00	2.150.000,00
Attività centralizzate ARCS	15.760.200,00						15.760.200,00	
Finanziamento aggiuntivo e ulteriore per recupero e riduzione liste d'attesa	30.000.000,00	8.352.346,00	10.781.111,00	10.866.543,00				
Fabbisogno per Piano operativo per recupero liste d'attesa	12.134.938,00	2.917.494,00	5.129.359,00	3.688.085,00	200.000,00	200.000,00		
Finanziamento integrativo oneri sanitari anziani non autosufficienti (cap. 7788)	7.900.000,00	1.408.220,00	2.482.961,00	2.108.819,00				1.900.000,00
Disabilità - Fondo sociosanitario LEA L.R.16/2022 (cap.11504)	51.500.000,00	13.225.576,00	22.868.784,00	15.405.640,00				
Disabilità - quota storica oneri sanitari aziende sanitarie	5.686.508,00	1.205.771,00	2.676.654,00	1.554.083,00				250.000,00
Totale finanziamento indistinto LEA	2.354.022.060,00	547.507.170,00	1.026.039.234,00	718.133.257,00	12.980.048,00	23.395.865,00	23.816.486,00	2.150.000,00
Fabbisogno attività finalizzate regionali LEA (a capitolo) all.1	239.104.511,00	15.377.129,00	41.603.447	16.088.587	400.000,00	-	18.741.154,00	146.894.194,00
QUOTA DI RIEQUILIBRIO	60.769.948,00	14.288.909,00	26.786.406,00	18.745.261,00	338.614,00	610.758,00		
Totale Fabbisogno LEA	2.653.896.519,00	577.173.208,00	1.094.429.087,00	752.967.105,00	13.718.662,00	24.006.623,00	42.557.640,00	149.044.194,00
Quota di maggiore fabbisogno per LEA	397.503.481,00	56.609.608,00	175.119.274,00	146.997.463,00	14.044.204,00	1.426.142,00	1.000.000,00	2.306.790,00
TOTALE FABBISOGNO SSR 2025	3.051.400.000,00	633.782.816,00	1.269.548.361,00	899.964.568,00	27.762.866,00	25.432.765,00	43.557.640,00	151.350.984,00
FINALIZZAZIONI EXTRA FONDO REGIONALI 2025	117.420.000,00	18.173.832,00	33.717.428,00	26.201.611,00	9.392.000,00	9.392.000,00	3.548.000,00	16.995.129,00
CAP. 4379 Finanziamento per attività REMS	1.410.000,00	424.998,00	544.622,00	440.380,00				
CAP. 68621 Finanziamento regionale per la ricerca IRCCS da art.2 c.1 bis L.R.14/2006	18.594.000,00				9.297.000,00	9.297.000,00		
CAP. 68621 Altri contributi regionali ex- finanziamento sovrazionale	25.416.000,00	885.000,00	941.500,00	3.017.521,00	95.000,00	95.000,00	3.548.000,00	16.833.979,00
CAP. 4499 Abbattimento rette case di riposo	69.188.000,00	15.955.426,00	31.314.453,00	21.918.121,00				
CAP. 4499 Finanziamento sperimentazione domiciliarità comunitaria	1.412.000,00	400.292,00	482.357,00	529.351,00				
CAP. 8408 Abbattimento rette centri diurni	1.400.000,00	508.116,00	434.496,00	296.238,00				161.150,00
TOTALE ASSEGNAZIONI 2025	3.168.820.000,00	651.956.648,00	1.303.265.789,00	926.166.179,00	37.154.866,00	34.824.765,00	47.105.640,00	168.346.113,00
PAYBACK FARMACEUTICO 2025	39.000.000,00	5.600.693,00	17.325.492,00	14.543.250,00	1.389.469,00	141.096,00		
CAP.69475 Anticipazione regionale fondi pay back farmaci								
TOTALE ASSEGNAZIONI CON ANTICIPO PAYBACK 2025	3.207.820.000,00	657.557.341,00	1.320.591.281,00	940.709.429,00	38.544.335,00	34.965.861,00	47.105.640,00	168.346.113,00

13. LE REGOLE GESTIONALI

13.1 Vincoli gestionali

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

13.1.1 Farmaceutica

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

- 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 dalla Tabella 5 - FABBISOGNO ENTI S.S.R. 2025, nelle sue componenti, il vincolo è determinato sulla spesa complessiva 2024 + un incremento massimo del 2,5%. La spesa complessiva 2024 come da Tabella di seguito riportata è calcolata a partire dai dati registrati nel periodo gennaio-settembre 2024 proiettati al 31.12.2024.

	SPESA FARMACEUTICA COMPLESSIVA			
	Gennaio-Dicembre 2024	Gennaio-Dicembre 2025	Δ	Δ% - vincolo
ASFO	106.873.949	109.545.798	2.671.849	2,5%
ASUFC	236.133.012	242.036.337	5.903.325	2,5%
ASUGI	151.182.266	154.961.822	3.779.557	2,5%
BURLO	2.510.167	2.572.921	62.754	2,5%
CRO	17.840.140	18.286.144	446.004	2,5%
TOTALE	514.539.534	527.403.022	12.863.488	2,5%

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, i farmaci per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara (costo trattamento > 2 milioni), la quota SMA pz con spesa > 100.000 euro/anno e la quota degli innovativi, coperte da specifico finanziamento regionale, erogati in diretta a residenti FVG (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 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, i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i farmaci innovativi coperti da specifico finanziamento regionale (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 , ALDE5LEUCHINA, BACILLO CALMETE GUERRIN (BCG), MIFAMURTIDE, PLERIXAFOR, LENALIDOMIDE, TALIDOMIDE e POMALIDOMIDE e V-Vari - LUTEZIO (177LU) OXODOTREOTIDE e RADIO-223RA-DICLORURO; sono stati quindi esclusi quei farmaci che, pur appartenendo alla classe ATCL dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, hanno indicazioni diverse (Es: malattie reumatiche, trapianto, ecc.). Sono escluse da tale ambito le terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T e gli innovativi oncologici coperti specifico finanziamento regionale (solo indicazioni innovative). (Fonte dati: Flussi N-SIS + "minsani fittizi")

Per il monitoraggio dell'andamento della spesa e dei consumi sarà data continuità al monitoraggio con cadenza bimestrale, 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 2,5% sulla spesa complessiva così come sopra descritta (i vari canali possono registrare scostamenti differenti, ma comunque lo scostamento aggregato deve rispettare la soglia del 2,5%).

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 Regione FVG, in quanto regione a statuto speciale, attualmente non accede a tale fondo: tuttavia questi farmaci hanno anche nella nostra Regione un impatto rilevante, di cui è necessario tener conto, sia in ambito oncologico che non oncologico.

Anche per il 2025 viene quindi mantenuto lo stanziamento di risorse per la copertura di una quota parte dei costi dei farmaci innovativi (oncologici e non – solo indicazioni innovative – fonte dati AIFA), nei limiti dei fondi disponibili sul finanziamento per tali attività (Tabella 2 - Finalizzazioni regionali LEA – finanziamento da ripartire) oggetto di trasferimento agli Enti e Aziende del SSR nel corso del 2025 e che continuerà ad essere monitorato, operando la correzione sui dati complessivi di spesa, per il rispetto dei rispettivi vincoli assegnati.

13.1.2 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.

13.1.3 Prestazioni ambulatoriali

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

13.1.4 Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche

Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi non superiori a quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture

e degli impianti.

13.1.5 Contenimento della spesa e spending review

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

13.1.6 Risorse umane

In relazione ai vincoli nella gestione delle risorse umane si rinvia a quanto sopra esposto al precedente punto 7.1- Vincolo di spesa per il personale e politiche assunzionali del capitolo 7 - LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.

13.1.7 Acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati

In attuazione delle modifiche introdotte dalla Legge Regionale n. 3/2024, art. 153, si stabiliscono le seguenti disposizioni per assicurare il rispetto dei vincoli di spesa relativi all'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, sia per l'assistenza specialistica ambulatoriale che per quella ospedaliera. Il tetto di spesa per tali acquisti è fissato al 6% del Fondo sanitario regionale di parte corrente. In mancanza di una programmazione regionale specifica, gli spazi di spesa all'interno del tetto complessivo di spesa regionale sono ripartiti tra le Aziende Sanitarie in misura proporzionale al finanziamento sanitario indistinto assegnato a ciascuna di esse.

Le Aziende Sanitarie hanno la possibilità di presentare, nell'ambito delle negoziazioni per la definizione dei piani aziendali, proposte di ripartizione differenziata degli spazi di spesa, sempre nel rispetto del valore complessivo della spesa massima regionale. Tali proposte aziendali devono includere una motivazione dettagliata che giustifichi la diversa allocazione delle risorse, basandosi sulle esigenze territoriali e sulle priorità assistenziali individuate.

Sulla base delle proposte pervenute, potrà essere deliberata una ripartizione diversa del tetto complessivo del 6%, approvando una programmazione annuale che risponda alle esigenze territoriali e agli obiettivi strategici del Sistema sanitario regionale. In caso di mancata approvazione di una ripartizione differenziata, continuerà ad applicarsi la ripartizione proporzionale.

Ogni Azienda Sanitaria, indipendentemente dalla modalità di ripartizione del tetto di spesa, è tenuta a garantire il pareggio di bilancio e a rispettare il principio di invarianza dell'effetto finanziario sul bilancio. Inoltre, le Aziende devono monitorare costantemente l'andamento della spesa e fornire una rendicontazione periodica per garantire il rispetto dei limiti stabiliti.

13.2 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.

13.2.1 Mobilità intra-regionale

Per l'esercizio 2025, 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 2025 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 2024, 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.

13.2.1.1 Terapie geniche di nuova introduzione

In previsione della prossima introduzione di nuove terapie geniche ad alto costo (ulteriori CAR-T e/o SMA), la spesa farmaceutica ospedaliera sarà oggetto di specifico monitoraggio in corso d'anno, al fine di definire eventuali modalità di copertura con atti successivi.

13.2.2 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 2025, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2025, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2024.

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".

Per i medicinali innovativi (oncologici e non) il ristoro dei costi sostenuti dalle regioni a statuto speciale e dalle

province Autonome per il trattamento di pazienti extra-regione residenti sia in regioni a statuto ordinario che speciale (compresa la Sicilia), viene assicurato attraverso il meccanismo della fatturazione diretta tra Enti del SSN delle regioni o P.A. interessate, ai sensi dell'art. 6 del DM 16.02.2018.

Pertanto, al fine di assicurare la corretta applicazione di tale meccanismo gli Enti del SSR, nell'ambito della propria autonomia gestionale, definiscono i percorsi organizzativi ritenuti più idonei e provvedono al recupero di quanto dovuto da parte delle Aziende sanitarie di residenza dei pazienti extra-regione trattati con medicinali innovativi, anche in linea con le indicazioni operative annuali sul tema.

A tal fine, entro il mese di marzo dell'anno di cui alle presenti Linee di gestione, la DCS sulla base delle matrici fornite dall'AIFA alle regioni sui medicinali innovativi (art. 5, comma 2, DM 16.02.2018), invierà un report di dettaglio suddiviso per regione, farmaco, indicazione e trattamento, che rappresenterà la base dati di riferimento, al fine di agevolare le successive verifiche in ordine alle fatture ricevute ed emesse/da emettere. Il report conterrà altresì il dettaglio dei pazienti del FVG trattati nelle strutture regionali con i suddetti medicinali (indicazioni innovative).

Le Aziende/IRCCS invieranno alla DCS due rilevazioni annuali relative al I e al II semestre dell'anno, dalle quali si evincano: la numerosità dei pazienti extra-regione in trattamento con farmaci innovativi suddivisi per regione/ASL di residenza, farmaco e indicazione (dati da registro AIFA), il rispettivo numero di fatture emesse (da incassare, incassate e/o contestate), nonché il numero di fatture ricevute (da pagare, pagate e/o contestate) con indicazione della regione di trattamento (farmaco e indicazione).

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 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.

13.2.3 Mobilità internazionale

In ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs 118/2011 ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria 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 2025, nelle more dell'approvazione del riparto del FSN 2025, sarà quella relativa alla matrice del FSN 2024.

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 Stato-Regioni per la definizione delle regole e delle procedure per la compensazione internazionale ha concluso i lavori e l'Accordo è stato approvato l'11 maggio 2022 (Rep. atti n. 78/CSR/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.

In prospettiva la piattaforma italiana RINA – EESSI includerà anche la piattaforma relativa alle fatturazioni tra Paesi (oggi ASPE) pertanto la Regione e le Aziende saranno coinvolte su iniziativa ministeriale nelle attività di formazione e sperimentazione.

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.

13.2.4 Fondo assicurativo

Nelle quote relative all'ulteriore fabbisogno è previsto ed assegnato ad ARCS il finanziamento a 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 n. 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 le Aziende del SSR, così

come costituite in data 01/01/2020, sulla base della compartecipazione percentuale al rischio probabile generato.

13.2.5 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.

13.2.6 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), 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 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.

13.2.7 Circolarizzazione - raccordo tra le scritture contabili degli Enti del SSR e della Regione

In continuità con l'attività svolta negli esercizi precedenti, la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità proseguirà anche nel 2025 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.

13.2.8 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 44 della legge regionale n. 26/2015 nel suo testo vigente.

In primis, occorre richiamare le disposizioni del Dlgs. 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. 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.

13.2.9 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 che all’ARCS, corredando detto invio dai relativi documenti in formato editabile.

13.2.10 Monitoraggio periodico Enti del Servizio sanitario regionale

Ai sensi dell’art. 44 comma 4 l’Azienda regionale di coordinamento per la salute utilizza i rendiconti di cui al comma 3 al fine del progressivo controllo sull’andamento degli enti del Servizio sanitario regionale rispetto al piano attuativo di cui all’articolo 32 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 della medesima disposizione.

13.2.11 Convenzioni sociosanitarie

13.2.11.1 Abbattimento retta

Con riferimento alle procedure di assegnazione delle risorse, i contributi verranno erogati direttamente alle Aziende che provvederanno a garantire il ristoro dei costi per l’abbattimento delle rette, sia nelle strutture residenziali, sia nei servizi semiresidenziali.

Per l’anno 2025, della quota complessiva relativa all’abbattimento rette nelle residenze per anziani stanziata sul capitolo 4499, pari a euro 70.600.000,00, il 2% (pari a euro 1.412.000,00) 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, come di seguito riportato:

- 75% ripartito in egual misura per ciascuna Azienda sanitaria regionale titolare della sperimentazione;
- 25% ripartito in misura proporzionale alla popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente nei territori pilota.

La restante quota delle risorse stanziate sul capitolo 4499, pari a euro 69.188.000,00, destinata all’abbattimento rette 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 e alle giornate di presenza nell’anno 2023 nelle sperimentazioni di Abitare inclusivo attive in Regione.

Per l’anno 2025, della quota complessiva relativa all’abbattimento rette nei servizi semiresidenziali stanziata sul capitolo 8408, pari a euro 1.400.000,00, viene inizialmente assegnata la quota di euro 1.238.850,00 ripartita in base alla presenza media mensile nel periodo gennaio – settembre 2024 (dato SIRA-FVG) nei servizi semiresidenziali attivi in Regione, ferma restando la possibilità di eventuali aumenti delle quote assegnate, in considerazione della riattivazione dei servizi sospesi o dell’attivazione di nuovi convenzionamenti.

13.2.11.2 Oneri sanitari

Per i posti letto per i quali è erogato l’abbattimento della retta, a tutte le Residenze per non autosufficienti è riconosciuto anche il contributo per gli oneri sanitari.

L’importo di euro 30.900.055,00 è ripartito tra le Aziende sulla base del finanziamento storico. Del finanziamento stanziato sul capitolo 7788, pari a euro 7.900.000,00, destinato agli oneri sanitari a carico delle Aziende sanitarie

della Regione per l'assistenza prestata nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, una quota di euro 6.000.000,00 è assegnata a copertura dei costi derivanti dall'applicazione dei parametri definiti dalla DGR 145/2024. Il restante finanziamento verrà assegnato in relazione ai dati relativi alle effettive attivazioni nelle residenze per anziani della funzione di direzione sanitaria di cui all'articolo 22.bis del D.P.Reg. 144/2015.

Si conferma che per l'anno 2025, 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 2024.

13.2.11.3 Finanziamento attività riabilitative rivolte a minori e adulti con problemi di salute mentale e di dipendenza patologica

Le risorse disponibili per le convenzioni e i contratti per le attività riabilitative nell'area della salute mentale, rivolte a minori, con particolare riferimento all'adolescenza, e agli adulti, sono orientate alla personalizzazione dei progetti e alla cogestione con il Terzo Settore, secondo le disposizioni in materia sociosanitaria della L.R.22/2019, con particolare riferimento agli artt 7, 8, 9 e 10 e al relativo impiego della metodologia del budget di salute.

Per il 2025, in relazione alla necessità di potenziamento e di presa in carico di situazioni di elevata complessità si individua un incremento regionale di euro 159.000,00 del finanziamento "Salute mentale minori-Programmi abilitativi/riabilitativi-Budget di salute".

Nell'area delle dipendenze, viene incrementato il finanziamento per convenzioni/contratti a favore di ASFO (per euro 28.000) in relazione alla cessazione delle attività svolte dall'Associazione "I ragazzi della panchina di Pordenone" da anni beneficiaria di apposito finanziamento regionale per la gestione di un centro a bassa soglia e altri interventi di informazione, riduzione del danno e del rischio rispetto al consumo di sostanze, cui ASFO dovrà garantire continuità.

14. EROGAZIONI PROVVISORIE 2025

Nelle more della definizione della programmazione annuale 2025 e delle relative risorse, al fine di salvaguardare operatività e regolare funzionamento degli Enti del Servizio sanitario regionale è necessario garantire i flussi finanziari a favore degli Enti.

Pertanto, fino all'adozione del bilancio di previsione consolidato per l'esercizio 2025 e conseguente quantificazione definitiva dei trasferimenti regionali, la Struttura competente è autorizzata ad assegnare ed erogare, in via provvisoria e salvo conguaglio, quote mensili agli Enti del Servizio sanitario regionale, calcolate in analogia al riparto del Fondo sanitario nazionale dove i valori annuali della mobilità extraregionale di competenza dell'esercizio vengono computati con un meccanismo che prevede l'applicazione sull'esercizio di una quota in acconto stimata, conguagliata una volta disponibili i dati definitivi. Conseguentemente, nella quantificazione delle quote mensili provvisorie di finanziamento indistinto sono computati i valori della mobilità interregionale di competenza dell'esercizio, attraverso l'applicazione sull'esercizio di una quota di acconto stimata pari alla quota di finanziamento regionale dell'anno precedente.

È, inoltre, autorizzata l'erogazione provvisoria e salvo conguaglio agli IRCCS, in un'unica soluzione, del 50% della quota del finanziamento finalizzato regionale extra fondo vincolata alla ricerca.

Nelle tabelle sotto riportate sono esposte le quote mensili del finanziamento indistinto di parte corrente e le quote destinate alla ricerca degli IRCCS, autorizzate per l'erogazione provvisoria e salvo conguaglio negli importi previsti per l'esercizio 2024 dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1446 del 4 ottobre 2024:

Ente	Finanziamento indistinto e funzioni + riequilibrio + maggiore fabbisogno LEA + mobilità intraregionale Ex DGR 1446 dd 04/10/2024	Erogazione mensile gennaio-novembre	Erogazione dicembre a congruaggio
Azienda sanitaria "Friuli Occidentale"	477.098.554,23	39.758.213,00	39.758.211,23
Azienda sanitaria universitaria "Friuli Centrale "	1.076.142.297,01	89.678.525,00	89.678.522,01
Azienda sanitaria universitaria "Giuliano Isontina"	756.135.302,80	63.011.275,00	63.011.277,80
IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste	49.846.926,82	4.153.911,00	4.153.905,82
IRCCS "CRO" di Aviano	60.373.764,97	5.031.147,00	5.031.147,97
Azienda regionale di coordinamento per la salute	22.777.653,44	1.898.138,00	1.898.135,44
TOTALE	2.442.374.499,27	203.531.209,00	203.531.200,27

AZIENDA	CONTRIBUTI FINALIZZATI DA REGIONE EXTRA FONDO VINCOLATA A RICERCA IRCCS	Erogazione quota 50%
IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste	9.297.000,00	4.648.500,00
IRCCS "CRO" di Aviano	9.297.000,00	4.648.500,00
TOTALE	18.594.000,00	9.297.000,00

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE