

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	a.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;	evidenza partecipazione	
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	b) Avvio dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	b.1. Entro il 31 dicembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali - adottano in ambito aziendale il modello organizzativo e gestionale adottato dal sistema regionale	modello adottato entro il 31/12/2023	
A.2.1	Case della Comunità: definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale per l'erogazione dei servizi e avvio sperimentale	b) Avvio dell'applicazione del modello organizzativo e gestionale regionale per l'erogazione dei servizi all'interno delle Case della Comunità aziendali.	b.1. Entro il 31 dicembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali - attivano l'erogazione dei servizi previsti, tra cui quelli obbligatori stabiliti dalla d.g.r. n. 2042/2022 e dal DM 77, in almeno una Casa della Comunità	servizi erogati entro 31/12/2023	
A.2.2	Centrali Operative Territoriali (COT): elaborazione e definizione del modello organizzativo e gestionale aziendale	a) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, finalizzata alla definizione di una proposta tecnica di modello organizzativo e gestionale regionale delle Centrali Operative Territoriali (COT).	a.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;	evidenza partecipazione	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	a) Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) rispetto all'attività di assistenza domiciliare rappresentata o da rappresentarsi funzionalmente all'adempimento del debito informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l'annualità 2022 e 2023.	a.1. Le Aziende effettuano la verifica di dati e informazioni presenti a sistema SIAD sull'attività di assistenza domiciliare già erogata nell'anno precedente e in quello corrente, procedendo, ove necessario o opportuno, alle modifiche, integrazioni e rettifiche dei dati e delle informazioni da inserire a sistema a adempimento del debito informativo.	evidenza del rispetto delle tempistiche di invio e rettifica ministeriali per l'invio dei dati	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	a) Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni presenti a Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD) rispetto all'attività di assistenza domiciliare rappresentata o da rappresentarsi funzionalmente all'adempimento del debito informativo previsto dalla normativa vigente, in particolare per l'annualità 2022 e 2023.	a.1. Relativamente all'annualità 2022 le attività di verifica e correzione devono essere effettuate entro il termine fissato dalle disposizioni vigenti per il consolidamento dei dati forniti nel flusso ministeriale.	entro 15.3.2023	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	b) Analisi e valutazione tecnico specialistica, svolta con il supporto delle aziende e anche con eventuale comparazione interregionale, dello stato esistente e delle ipotesi di modifica delle procedure in essere in ambito regionale e aziendale per la presa in carico con programmazione di prestazioni di assistenza domiciliare e loro gestione informativa, primariamente all'interno della cartella territoriale, con definizione di una proposta tecnico-specialistica di loro revisione e uniformazione da attuarsi nel rispetto dei principi di appropriatezza e economicità dell'attività	b.3. le aziende sanitarie territoriali partecipano alle riunioni del gruppo di lavoro organizzate da ARCS con i loro direttori sociosanitari o loro delegati, qualificati per competenza e funzioni esercitate, fornendo collaborazione attiva e, qualora richiesti, documentazione e dati;	evidenza partecipazione	
A.2.4	Assistenza domiciliare – Sub-investimento 1.2.1 dell'investimento 1.2 ("Casa come primo luogo di cura")	d) Aumento del volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare a popolazione Over 65 anni con rispetto dei target di incremento dell'attività fissati dal cronoprogramma di attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR per il raggiungimento del target comunitario M6C1-6 riferito al sub-investimento M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)" (aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il T2-2026)	d.1. Le Aziende incrementano il numero degli ultra65enni in carico all'assistenza domiciliare con PAI o PRI sul totale della popolazione ultra 65enne in misura almeno pari a quanto previsto dagli atti nazionali per l'attuazione del PNRR, nel rispetto del relativo cronoprogramma nazionale di attuazione.	evidenza incremento	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
A.2.5	Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC): elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo all'interno dell'assistenza territoriale	Elaborazione e definizione delle modalità organizzative e gestionali di utilizzo delle Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFOC) all'interno dell'assistenza territoriale con determinazione dei fabbisogni aziendali.	Entro il 15 settembre 2023 le Aziende sanitarie territoriali fanno pervenire ad ARCS e alla DCSPSD un documento formale di: 1. definizione di un piano attuativo e di implementazione della figura delle IFOC con definizione dei fabbisogni formativi e delle modalità organizzative nell'utilizzo della figura professionale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità); 2. quantificazione del fabbisogno di risorse (in termini orari e di unità FTE) per setting assistenziale (es. all'interno delle Case della Comunità; in assistenza domiciliare; nei Punti Salute di Comunità).	documento inviato entro 15.09.2023	
B	B. Governo delle liste d'attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato	Revisione e riorganizzazione delle attività, dei processi e della disponibilità dei servizi informativi necessari conformemente a quanto previsto dalle "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 e funzionalmente all'attività di miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	2. gli enti svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale, nel rispetto delle tempistiche e modalità indicate da ARCS.	evidenza attività	
C	Azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	3. gli enti sanitari regionali svolgono le attività di competenza funzionali all'attuazione degli obiettivi sotto il coordinamento di ARCS e gli indirizzi di governance regionale;	evidenza attività	
C	Azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	Svolgimento delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, in particolare per quelli strategici, quelli a gestione prioritaria o altri specificatamente indicati agli Enti del S.S.R. dalla DCSPSD.	4. gli enti sanitari regionali partecipano attivamente alle riunioni periodiche organizzate da ARCS per il coordinamento, l'indirizzo e il monitoraggio delle attività funzionali all'attuazione degli obiettivi, assicurando la presenza alle riunioni dei Direttori Sanitari o Socio-sanitari, secondo competenza;	evidenza partecipazione	
D.1	Rete trauma	PDTA frattura del femore da trauma	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	
D.1	Rete oncologica	PDTA tumore del pancreas	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	
D.1	Rete oncologica	PDTA tumore gastrico	Entro il 30/6/2023 predisposizione del PDTA ARCS coordina l'attività, garantisce il governo del percorso e il raggiungimento dei risultati, gestendo le attività e l'elaborazione dei documenti da parte dei partecipanti degli Enti ai gruppi di lavoro secondo un cronoprogramma che tutti gli Enti sono tenuti a rispettare	partecipazione ai gruppi di lavoro secondo cronoprogramma	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità	>= 75%	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Reperibilità algologica	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: -Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;	Evidenza del referente e evidenza della definizione di un modello aziendale o regionale	Il referente è già stato individuato nel 2021

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriata prescrizione	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: -Implementazione e messa in utilizzo (almeno in via sperimentale) di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	Evidenza del referente e evidenza della definizione di un modello aziendale o regionale	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina /teleassistenza	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), dei servizi di telemedicina per almeno il 5% delle prestazioni autorizzate.	>= 5%	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale	I Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	relazione inviata DCS e ARCS entro il 31/12/2023	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	- Standard strutturale di dotazione posti letto	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati almeno pari al rapporto minimo di dotazione previsto dal DM 77 (8 posti ogni 100.000 abitanti).	30 posti letto	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	- Registrazione attività cliniche	Gli Enti adottano modalità di registrazione informatizzata dell'attività definite dal coordinamento regionale entro il 31/12/2023.	evidenza dell'aderenza alle indicazioni	
D.2	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Attuazione del potenziamento delle cure palliative con raggiungimento dei target qualitativi, quantitativi e strutturali disposti per gli Enti per l'anno 2023 nel Piano di potenziamento delle cure palliative da adottare ai sensi dell'articolo 1, comma 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) e del d.m. Salute 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario regionale).	Gli enti attuano quanto disposto dal Piano regionale di potenziamento delle cure palliative adottato nell'anno 2023, nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019 (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria).	evidenza attuazione nei report trimestrali	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Esami I livello Screening Cervice uterina	- 100% degli esami sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'anatomia patologica di Trieste	100%	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Esami II livello Screening Cervice uterina	- Le letture degli esami di II livello sono analizzati presso le attuali sedi di competenza fino a transizione del programma ultimata	evidenza attività	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Adesione allo screening della cervice uterina	- % adesione alla proposta di screening: ≥60% donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	>= 60%	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	4. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	- Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 8 settimane dal referto positivo del primo livello in almeno il 90% dei casi.	>= 90% entro 8 settimane	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	1. Inviti non effettuati nel 2022 Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessario per consentire il recupero degli inviti non effettuati nel 2022 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2022	- Al 30.6.2023 il 100% degli inviti non effettuati nel 2022 è recuperato	100% 2022 al 30.6.2023	
E	Programmi di screening oncologici Screening cervice uterina	2. Gestione degli inviti 2023	- Predisposizione da parte delle aziende del calendario bimensile delle attività di screening coerente con il calendario annuale delle chiamate da effettuare e sua trasmissione ad ARCS	6 calendari	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	Adeguatezza ambientale delle sedi di erogazione del servizio di mammografia	Esecuzione dei sopralluoghi, in sedi a campione o in sedi nelle quali sono state segnalate criticità, al fine di verificare l'adeguatezza ambientale (verbale di sopralluogo).	collaborazione nei sopralluoghi	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	- % adesione alla proposta di screening: ≥64% donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni).	≥ 64%	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimenti mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	- 100% degli esami di approfondimento diagnostico è eseguito dai radiologi formati	100%	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	3. Garantire la formazione di un numero di radiologi congruo al fabbisogno delle singole aziende seguendo il percorso formativo identificato a livello regionale	- le aziende interessate attivano il percorso formativo con le tempistiche e secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	evidenza attivazione percorso	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- % dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello ≤ 28 gg da esito positivo della mammografia di primo livello ≥90%	≥ 90% entro 28 gg da I livello positivo	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- Percentuale dei casi di secondo livello chiusi correttamente ≥ 95%	≥ 95%	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	- Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%	< 10%	
E	Programmi di screening oncologici Screening mammella	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato ≥85%	≥ 85% entro 5 gg lavorativi	
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	- % adesione alla proposta di screening: ≥60% popolazione convocata (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).	≥ 60%	
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	2. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening	- % di cartelle endoscopiche compilate correttamente: ≥95%	≥ 95%	
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	3. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	- % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: ≥90%	≥ 90% entro 30 gg da I livello positivo	
E	Programmi di screening oncologici Screening colon retto	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	- % di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia ≥85%	≥ 85% entro 5 gg lavorativi	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE		Copertura vaccinale nei bambini a 36 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE		Copertura vaccinale nei bambini per la 2° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	≥ 95%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	≥ 75%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	B7.4 (Bersaglio)	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 28,0	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	100%	Dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100%	Dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	P14C	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	40	Dato non disponibile

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>= 60%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>= 64%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>= 60%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per: complicanze a breve e lungo termine per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<= 305	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	<= 81	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<=17	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	<=5652	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 5,0	Dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 2,5	Dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,0	Dato non disponibile
F.1	Indicatori LEA - CORE	D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	<= 6,0	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>=35%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D33Z	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	>=65	Dato non disponibile a livello aziendale
F.1	Indicatori LEA - CORE	C9.1 (Bersaglio)	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	<25	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.M (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG medici	<= 0,00	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C2A.C (Bersaglio)	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<= 0,00	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	120,0	
F.1	Indicatori LEA - CORE		Prestazioni ambulatoriali per abitante (popolazione pesata) escludendo la branca di laboratorio)	<= 3,4	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,15	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 80,00	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C4.4 (Bersaglio)	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in day- surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno	>= 55%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C13A.2.2.1 (Bersaglio)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<= 25,00%	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (HUB)	>= 65%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (SPOKE)	>= 80%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C5.2 (Bersaglio)	Percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni	>= 67	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<= 15%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	H18C	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<=25%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.7 (Bersaglio)	Tumore alla Mammella Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.8 (Bersaglio)	Tumore alla Prostata Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.9 (Bersaglio)	Tumore al Colon Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classi di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.10 (Bersaglio)	Tumore al Retto Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.11 (Bersaglio)	Tumore al Polmone Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.12 (Bersaglio)	Tumore all'utero Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.13 (Bersaglio)	Melanoma Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	C10.4.14 (Bersaglio)	Tumore maligno alla Tiroide. Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90%	
F.1	Indicatori LEA - CORE	PDTA Emergenze cardiologiche	Percentuale di visite di follow-up a 1 mese dalla dimissione	80%	
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore inferiore o uguale a 19% nell'anno 2021, il target 2023 è il mantenimento o la riduzione del valore 2021;	<= 19% (mantenimento o riduzione 2021)	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia in primipare non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	per i punti nascita che hanno registrato un valore maggiore a 19% nell'anno 2021 il target 2023 è <=19%	<= 19%	
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	per i punti nascita SPOKE <=7%;	<= 7%	
F.2.1	Indicatori - area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	per i punti nascita HUB (H di Pordenone, H di Udine, IRCCS Burlo sede di TS)<=7,5%	<= 7,5%	
F2.2	Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica >= 5 per cento del Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2023	>= 5%	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B;	>= 90%	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità D;	>= 90%	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità P.	>= 90%	
G	Tempi di attesa	Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90% per i codici assegnati A	>= 90%	
G	Tempi di attesa	Programmi attuativi aziendali	In ottemperanza alla DGR 1815/2019 il "Programma attuativo aziendale dei tempi di attesa per l'anno 2023" dovrà essere allegato al Piano attuativo aziendale e pubblicato sui siti web aziendali. Esso deve tra l'altro contenere le azioni previste per la tutela del diritto di garanzia o avere un rimando alle procedure specifiche, che in quel caso devono essere consultabili.	documento allegato a Piano attuativo 2023	
G	Tempi di attesa	Relazione TDA	Le Aziende presentano entro il 31/1/2023 ad Arcs una relazione illustrativa sull'andamento dei tempi di attesa. I contenuti dovranno trattare gli argomenti previsti dall'art. 15 della LR 7/2009.	relazione inviata entro 31.01.2023	
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	report entro 30.6.2023	
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2023	report entro 31.12.2023	Proposta di modifica: entro il 31.01.2024 report ad ARCS
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'"Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	- almeno il 10% degli istituti scolastici del territorio aderiscono alla rete di SPS entro il 2023. (Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)	>= 10%	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder.	- almeno il 50% delle scuole aderenti alla rete realizzano un intervento presente nel documento regionale di pratiche raccomandate	>= 50%	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Aggiornare il documento regionale di buone pratiche rivolto alle scuole	- attivazione di un sistema di monitoraggio delle scuole che aderiscono alla rete e che attuano pratiche raccomandate dalle aziende sanitarie	sistema attivato	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Aggiornare il documento regionale di buone pratiche rivolto alle scuole	- aggiornamento del documento di pratiche raccomandate	documento aggiornato da ciascuna azienda sulla base delle proprie specifiche	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Realizzare una mappatura dei pedibus attivi nel territorio	- realizzata la mappatura dei pedibus attivi	mappatura realizzata	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Produzione e diffusione negli istituti del materiale informativo sui servizi offerti dai consultori	- presenza di materiale e sua diffusione nelle scuole	materiale presente e diffuso	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- presenza della mappa degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole	mappa realizzata	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- attivo in ogni azienda un gruppo di lavoro	gruppo di lavoro attivo	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Mappatura degli sportelli di ascolto presenti nelle scuole attivare un gruppo di lavoro aziendale che coinvolga figure dei diversi servizi che si rivolgono ai ragazzi, realizzare almeno un incontro con i professionisti degli sportelli d'ascolto.	- realizzato almeno un incontro con i professionisti	>= 1 incontro	
1.1.3.1	Programma PP1 Scuole che promuovono salute	Affidato ad ASFO Realizzare offerta formativa per operatori sanitari e sociosanitari, docenti e altri stakeholders sui programmi del documento regionale di pratiche raccomandate.	Realizzato 1 percorso formativo di carattere regionale	1 percorso realizzato	
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo regionale comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	>= 1 percorso formativo regionale comune	
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione sul promuovere stili di vita sani	>= 1 intervento comunicazione / informazione	
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	Almeno il 20% dei Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) <i>Formula :N. Comuni che realizzano, / (N. totale Comuni) * 100</i>	>= 20%	
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico e di fragilità	È attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)(N. totale ASL) *100	>= 1 programma esercizio fisico	
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione. Presentazione delle linee di attività del PP2 ai diversi stakeholder e MMG anche in occasione delle riunioni distrettuali aziendali	Numero di incontri con MMG realizzati in cui sono state descritte le attività del programma per promuovere movimento	evidenza n. incontri realizzati	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
1.1.3.2	Programma PP2 Comunità attive	Realizzare corsi di walking leader (con obiettivi formativi già condivisi nel 2022). Tutte le attività saranno pubblicate sul sito regionale invecchiamento attivo FVG.it	Almeno un corso per walking leader per azienda sanitaria realizzato e pubblicizzato sul sito invecchiamento attivo fvg	>= 1 corso	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro Promozione alla Salute/HPH, medici competenti e RSPP aziende ed enti sanitari	>= 2 incontri	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Promozione in ambito sanitario di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	- Evento formativo per formazione medici competenti su counseling breve	1 evento formativo	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- Almeno 3 incontri del Gruppo di lavoro WHP coordinato da ASFO	>= 3 incontri	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- Manutenzione del sito internet WHP regionale da parte del Gruppo WHP supervisionato da ASFO	manutenzione sito effettuata	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- Formazione medici competenti imprese su counseling breve (organizzazione regionale)	formazione effettuata	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Implementare la rete WHP del Friuli Venezia Giulia	- 10% delle imprese aderenti al Programma nel 2022/23 devono realizzare almeno un intervento tra quelli previsti dal "Manuale WHP" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	10% imprese hanno realizzato almeno 1 evento per ciascuna area prevista	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Coordinamento RSPP e medici competenti di tutti gli enti e aziende sanitarie	>= 3 incontri	
1.1.3.3	Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità	- Organizzazione evento formativo regionale da parte del Gruppo regionale RSPP/medici competenti coordinato da ASU GI – UCO Med. Lavoro per figure aziendali prevenzione delle aziende sanitarie sulla identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e loro prevenzione	evidenza partecipazione	
1.1.3.4	Programma PP4 Dipendenze	Sviluppo e consolidamento di interventi di prevenzione universale/selettiva per adolescenti e giovani in contesti extrascolastici finalizzati al consolidamento di stili di vita sani, il miglioramento delle competenze delle risorse presenti e lo sviluppo di sinergie con i servizi socio-educativi del territorio, e all'intercettazione precoce di giovani consumatori di sostanze psicoattive	Attivazione di almeno una tipologia di intervento di prossimità in contesti extrascolastici e di aggregazione giovanile, promossi dai Servizi delle dipendenze, in collaborazione con i Comuni o altri Enti del territorio, cooperative sociali e altri enti di Terzo Settore.	>= 1 intervento prossimità	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	INTERSETTORIALITÀ - Attivare/ consolidare la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media.	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Partecipazione al tavolo di lavoro regionale	evidenza partecipazione	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	INTERSETTORIALITÀ - Attivare/ consolidare la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media.	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Implementare e consolidare le collaborazioni con gli stakeholder	evidenza attività	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	SVILUPPO DI COMPETENZE Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	Entro il 31 dicembre 2023: ▪ Almeno 1 evento formativo a carattere regionale rivolto a mmg, pls, operatori sanitari, operatori socio sanitari	>= 1 evento formativo a carattere regionale	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per pianificare le strategie e le azioni da implementare in collaborazione con partner e stakeholder	evidenza partecipazione	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione alla popolazione generale e ai caregiver, anche attraverso i portali ed i social della Regione, delle Aziende Sanitarie e dei Comuni della Regione, anche in collaborazione con stakeholder e associazioni di volontariato	>= 1 intervento comunicazione / informazione	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Partecipazione al tavolo di lavoro regionale per collaborare alla predisposizione/ aggiornamento di materiale informativo	evidenza partecipazione	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità	materiali disponibili	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ counselling e distribuzione materiale informativo in occasione dei corsi di preparazione al parto, inserimento al nido, vaccinazioni, bilancio di salute pediatrica	materiali disponibili e distribuiti	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza	Entro il 31 dicembre 2023 Coordinamento con i referenti del PP1 "Scuole che promuovono salute" ▪ Ideazione/aggiornamento di materiale informativo relativo alle tematiche sicurezza stradale e domestica da proporre alle scuole	materiale proposto alle scuole	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Aumentare l'autonomia personale nell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e il corretto utilizzo dei farmaci	Entro il 31 dicembre 2023 Coordinamento con i referenti del PP2 "Comunità Attive" ▪ collaborare alla predisposizione di materiale informativo e divulgazione alla popolazione di tutte le età ed al target anziano ed ai caregiver, con l'obiettivo di sensibilizzare all'importanza dell'attività fisica e al corretto uso dei farmaci per la prevenzione dei rischi domestici, nonché alle tematiche della sicurezza stradale e guida sicura, anche in collaborazione con gli stakeholder	materiale predisposto e divulgato	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Estendere/implementare politiche per promuovere la mobilità sostenibile	Entro il 31 dicembre 2023 collaborazione con i referenti del PP9 "Ambiente, Clima e salute" per analisi del contesto, identificazione delle azioni specifiche da implementare a sostegno dell'Urban Health	evidenza collaborazione	
1.1.3.5	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE Migliorare dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale	Entro il 31 dicembre 2023 ▪ Collaborazione con il centro regionale della sicurezza stradale (MITRIS) per implementazione dei dati degli incidenti con dati di esito e produzione di reportistica. La produzione della reportistica è subordinata al parere degli Uffici preposti rispetto alla liceità dell'utilizzo dei dati degli incidenti stradali e di quelli sanitari	evidenza collaborazione e implementazione dati	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- 5% delle aziende vigilate o assistite per la prevenzione del contagio da SARS CoV2, anche tramite un Piano Mirato di Prevenzione	5% aziende vigilate o assistite	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2021	12% cantieri notificati anno 2022 (o in caso di variazioni significative almeno n. cantieri vigilati nel 2021)	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	- Agricoltura vigilare 128 aziende agricole a livello regionale	128 aziende agricole in Regione	43 per ASFO
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Collaborazione alla campagna informativa e ad eventuali altre iniziative regionali per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali da INAIL e non già aderenti alla sorveglianza sanitaria per soggetti ex esposti attualmente in atto nelle Aziende Sanitarie.	evidenza collaborazione	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio cancerogeno	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro "Rischio cancerogeno"	>= 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio cancerogeno	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione sul rischio cancerogeno da silice in edilizia coordinato da ASUGI	evidenza partecipazione evento	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Rischio stress lavoro correlato (SLC)	>= 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione dei rischi psicosociali	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da ASFO	1 evento formativo regionale organizzato	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Rischio ergonomico Strutture PSAL	>= 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato per la prevenzione del rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da ASFO	1 evento formativo regionale organizzato	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: sorveglianza sanitaria in edilizia con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro CRUA/PSAL per sorveglianza sanitaria bonificatori amianto.	>= 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: sorveglianza sanitaria in edilizia con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto	- Organizzazione evento formativo regionale per figure aziendali prevenzione coordinato da CRUA	evidenza partecipazione evento	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento a addetti bonifica amianto e installatori/manutentori su coperture	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro edilizia	>= 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in edilizia: prevenzione delle cadute dall'alto con particolare riferimento a addetti bonifica amianto e installatori/manutentori su coperture	- Organizzazione evento formativo su base territoriale per figure aziendali prevenzione sulle buone pratiche condivise per l'accesso alle coperture per interventi manutentivi/installazioni/bonifiche coordinato da ASUFC	evidenza partecipazione evento	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in agricoltura: sorveglianza sanitaria degli addetti all'agricoltura	- Almeno 3 incontri gruppo di lavoro agricoltura	>= 3 incontri	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato in agricoltura: sorveglianza sanitaria degli addetti all'agricoltura	- Organizzazione eventi formativi su base territoriale per figure aziendali della prevenzione sulle buone pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria degli operatori agricoli, con particolare riferimento allo stress termico coordinato da ASUFC	evidenza partecipazione evento	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 1) Prevenzione degli infortuni da macchine non conformi ai requisiti di sicurezza nel settore metalmeccanico	1) - redazione documento di buone pratiche condivise per la prevenzione degli infortuni legati alle macchine non conformi nel settore della metalmeccanica;	documento redatto	
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale: 1) Prevenzione degli infortuni da macchine non conformi ai requisiti di sicurezza nel settore metalmeccanico	1) - organizzazione evento formativo territoriale per le figure del Servizio di Prevenzione dei comparti individuati coordinato da ASUGI;	evidenza partecipazione evento	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
1.1.3.6	Programmi PP06 Piano mirato di prevenzione	Adozione di piano mirato regionale su rischi di infortunio trasversali individuati in tutto il territorio regionale; 2) Requisiti essenziali per l'uso in sicurezza dei carrelli elevatori	2) - organizzazione evento formativo territoriale per le figure del Servizio di Prevenzione dei comparti individuati sulle buone pratiche condivise per la prevenzione degli infortuni dovuti a carrelli elevatori carenti di RES, coordinato da ASUGI	evidenza partecipazione evento	
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	Entro il 30.3.2023 report ad ARCS con individuazione dei partecipanti a gruppi di lavoro tematici interaziendali specifici per l'implementazione delle azioni previste dal Programma e dell'eventuale ruolo di coordinamento di tali gruppi o di riferimento tematico secondo un modello organizzativo di integrazione condiviso e adottato dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie.	report entro 30.3.2023	
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	Entro il 30.6.2023 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per l'implementazione del Programma	report entro 30.6.2023	
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Realizzazione degli obiettivi e azioni del Programma PP9 previsti per il 2023 con riferimento ai seguenti temi: - lenti di equità; - applicazione della VIS in procedimenti ambientali; - miglioramento della qualità dell'aria e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali; - gestione dei rifiuti e prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi; - urban health; - adattamento ai cambiamenti climatici e ondate di calore; - buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità della costruzione e/o ristrutturazione di edifici; - riduzione dell'impatto ambientale nelle filiere agro-zootecniche nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.	entro 31.12.2023 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti per l'anno 2023.	report entro 31.12.2023	
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Almeno 4 controlli per ciascun ispettore REACH-CLP.	>= 4 controlli per ispettore	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	Recepimento del concetto di operatore equivalente dedicato ad attività di controllo/formazione/informazione REACH e CLP quantificandone il valore numerico.	evidenza recepimento	
1.1.3.7	Programma PP9 Ambiente, clima e salute	Sorveglianza acque potabili - Rendicontazione alla DCS dei dati relativi al controllo delle acque potabili nel triennio 2020-2022 secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute.	Fornire alla DCS i dati richiesti secondo le indicazioni e le tempistiche che saranno trasmesse dal Ministero della Salute.	dati trasmessi alla DCS	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). mantenimento funzionalità sistema informativo	Mantenimento della funzionalità (Vet)	evidenza mantenimento funzionalità	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Contributo oggettivo (attivazione gruppo di lavoro, riunioni, ecc.) nella applicazione di un protocollo regionale di indagine in allevamenti con casi di isolamento di batteri zoonotici o commensali resistenti ai carbapenemi. (Um-Vet)	evidenza attività	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero	Applicare quanto indicato nelle note del MS e Regione rispetto al sistema Classyfarm (Vet)	evidenza applicazione note	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Nel corso dei controlli ufficiali, le ASL verificano che gli allevatori dimostrino conoscenza delle LG – uso appropriato farmaci per la linea zootecnica specifica (se pubblicata) (Vet)	nel 100% dei controlli ufficiali l'Azienda sanitaria verifica la conoscenza degli allevatori delle LG	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCR e le linee guida sull'uso prudente	I veterinari delle ASL partecipano alle iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (Vet)	evidenza partecipazione iniziative regionali	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	L'ASL inserisce negli obiettivi formativi almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA (Um-Vet)	>= 1 corso formazione annuo	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Mantenimento della sorveglianza dell'AMR – Le Aziende trasmettono i dati di resistenza secondo il protocollo della sorveglianza AR-ISS, aggiornato dalla Circolare MdS del 25/03/2022. (Um)	evidenza mantenimento sorveglianza	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Attivazione/mantenimento della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private	Verifica dell'attivazione della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private regionali (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile) (Um)	sorveglianza attivata	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Partecipazione delle Aziende regionali a: 1) Point Prevalence Survey (ECDC-PPS); indagine di prevalenza sulle ICA e sull'esposizione agli antibiotici 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico – nuovo protocollo 3) HALT, indagine di prevalenza delle ICA nelle strutture residenziali (attivabile solo su coordinamento nazionale) (Um)	partecipazione >= 3 sorveglianze	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2022 (Um)	report inviato a DCS	
1.1.3.8	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Le Aziende sanitarie partecipano al monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche come da indicazioni ministeriali – Protocollo CSIA (Um)	partecipazione al monitoraggio	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Nuova edizione linee guida regionali nidi d'infanzia	- Partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione a livello regionale della nuova edizione del documento di indirizzo	evidenza partecipazione	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Realizzazione di un sistema di monitoraggio degli interventi effettuati dai SIAN a supporto della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva	- Partecipazione alle attività regionali finalizzate alla realizzazione a livello regionale del nuovo sistema di monitoraggio dell'attività dell'area nutrizione	evidenza partecipazione	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione operatori percorsi nascita in accordo con il PL 14 "Investire in salute nei primi 1000 giorni"	- Supporto ai percorsi previsti per il personale sanitario aziendale sui contenuti di competenza	evidenza supporto ai percorsi	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Promuovere la diffusione di conoscenze e competenza nelle attività di promozione di corretti stili alimentari sul "counselling motivazionale breve" nei setting opportunistici	- Partecipazione degli operatori coinvolti nel programma (medici, dietisti, biologi, assistenti) regionale sul counselling motivazionale breve nei setting opportunistici in sinergia con gli altri PP e PL	evidenza partecipazione	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Diffusione e applicazione delle linee guida per l'esternalizzazione del servizio di ristorazione collettiva e supporto agli enti pubblici per la redazione dei capitolati d'appalto	- Supporto agli enti pubblici per la redazione dei capitolati d'appalto che ne fanno richiesta	evidenza supporto agli enti	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Rilevazione presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	- Verifica in oltre il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	verifica >= 70% sui controlli	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Produzione materiale formativo/informativo per la commissione mensa, insegnanti, genitori, ditte, Enti che afferiscono alla ristorazione scolastica	- pubblicazione del materiale formativo/informativo realizzato a livello regionale con altri stakeholder (Scuola, amministrazioni, OSA)	materiale pubblicato	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Attivare un gruppo di coordinamento regionale per il raccordo con il TASIN	- Programmazione e attuazione delle iniziative raccordate agli obiettivi individuati a livello centrale	evidenza iniziative attuate	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione per gli operatori del controllo ufficiale	- Creazione e proposta dell'evento/set formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Formazione per gli OSA	- Creazione e proposta dell'evento/set formativo con valutazione di esito	evidenza 1 evento formativo con valutazione di esito	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Pubblicazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare	- Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	documento pubblicato	
1.1.3.9	Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	Supporto al sistema socio sanitario e del terzo settore per il contrasto alla povertà alimentare	- Evidenza dell'attività a supporto degli stakeholder	evidenza attività di supporto	
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	Migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche	Avvio progetto di prescrizione dell'attività fisica in almeno 1 centro regionale secondo il protocollo regionale di prescrizione dell'attività fisica.	progetto avviato in almeno 1 centro regionale	
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	Migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche	Aumentare la % di soggetti che ricevono la raccomandazione di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario: - almeno 40% dei pazienti sovrappeso (attualmente 35%) (dati da report regionale)	>= 40% pazienti sovrappeso	
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	Migliorare i livelli dell'attività fisica nella regione FVG al fine di ridurre l'insorgenza delle malattie croniche	Aumentare la % di soggetti che ricevono la raccomandazione di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario: - almeno 58% dei pazienti obesi (attualmente 54% circa) (dati da report regionale)	>= 58% pazienti obesi	
1.1.3.10	Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche	Avvio del progetto di screening CV dei lavoratori in almeno 1 azienda sanitaria. Il progetto parte dal calcolo del rischio CV per una presa in carico precoce del paziente con malattia CV manifesta e ottimizzazione della terapia al fine di prevenire gli eventi CV. Obiettivo il calcolo del rischio CV secondo linee guida europee di almeno 50% dei lavoratori visitati nelle Medicine del Lavoro delle aziende Sanitarie	evidenza avvio progetto screening CV	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	Aumentare l'adesione al bilancio di salute pre-concezionale	Vedi linea 4.3 Percorso nascita	si rimanda a linea 4.3	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	- Invio programma formativo triennale alla DCS	programma formativo inviato alla DCS	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROGRAMMA FORMATIVO "INVESTIRE IN SALUTE PRIMI 1000 GIORNI" Le Aziende collaborano all'individuazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti, propongono moduli formativi da svolgersi nel periodo di vigenza del Piano e organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2023	- Almeno un evento svolto nel corso del 2023 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	>= 1 evento	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Mantenimento della formazione sull'allattamento con metodologia BPL nell'80% degli operatori dedicati (report dei referenti aziendali alla DCS)	mantenimento >= 80% formazione con evidenza report a DCS	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Almeno un corso di formazione interaziendale su farmaci, vaccinazioni e allattamento	>= 1 corso formazione	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	- Le Aziende mantengono l'attività di registrazione dei dati alla dimissione dal Punto nascita e alla vaccinazione	evidenza registrazione dei dati	
1.1.3.11	Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	SOSTEGNO COMPETENZE GENITORIALI E SVILUPPO DEL BAMBINO Le Aziende definiscono un percorso postnatale a sostegno delle competenze genitoriali e dello sviluppo del bambino	Report alla DCS sulle iniziative aziendali intraprese	report trasmesso alla DCS	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita	- Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000	>=1 attività supplementare MPR	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- 95% per T,D ep. B e polio	95%	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura vaccinale per influenza nei soggetti affetti da diabete mellito, donne in gravidanza	aumento 30% rispetto 2022	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- aumento, rispetto al 2022, del 30% della copertura vaccinale per T,D ep. B e polio donne in gravidanza	aumento 30% rispetto 2022	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	- copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari > 28%	> 28%	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	- attivazione di almeno un percorso interaziendale per la prenotazione alla vaccinazione da parte degli specialisti clinici che hanno in carico soggetti con rischio aumentato per patologia	>=1 percorso interaziendale	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	- Sviluppare almeno un percorso di accesso facilitato alla vaccinazione per popolazioni target a rischio di sviluppo di gravi complicanze coinvolgendo gli specialisti clinici individuando strategie e modalità di prenotazione e somministrazione della vaccinazione	>=1 percorso accesso facilitato alla vaccinazione	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, epatite B e C)	- almeno un protocollo per Azienda sanitaria	>=1 protocollo per azienda	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Consolidamento dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale	- Attività coordinata da ASUFC: 100% delle segnalazioni di PFA osservate	segnalazione ad ASUFC 100% delle PFA	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Sviluppare e consolidare un confronto strutturato tra profili professionali sanitari e non, all'interno di gruppi di lavoro aziendali e regionali, nell'ambito delle malattie infettive prevenibili	- Almeno un incontro anno	>= 1 incontro	
1.1.3.12	Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Formazione sul counseling breve	- Almeno un evento anno	>= 1 evento	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Prestazioni odontoiatriche	- Ogni centro di erogazione deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni/anno e comunque almeno il numero di prestazioni erogate nel 2019	1.400 prestazioni (e almeno numero 2019)	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Erogazione di I visite e di visite di controllo	- sul totale delle prestazioni erogate devono essere garantite: • Per ASUFC/ASFO/IRCCS Burlo Garofolo: inferiore al 35% di I visite e di visite di controllo	< 35%	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	30.4.2023 (1 report)	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.7.2023 (2 report)	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.10.2023 (3 report)	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Report trimestrale sulle liste di attesa e sulle convenzioni	- Fornire alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	31.1.2024 (4 report)	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Supporto infermieristico	- Garantire il supporto infermieristico per le attività extra-lea come programmate con il coordinatore regionale del progetto di odontoiatria pubblica	evidenza supporto infermieristico garantito	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Riorganizzazione dei servizi	Sostituire il personale posto in quiescenza (sia dirigenti medici che specialisti ambulatoriali), preferibilmente con dirigenti medici (odontoiatri) a TP	evidenza attività	
1.1.3.13	Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	Riorganizzazione dei servizi	- ASFO chiusura di un ambulatorio tra Maniago e Spilimbergo rinforzando l'offerta nel rimanente.	chiusura un ambulatorio e rinforzo offerta altro ambulatorio	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Partecipazione alle riunioni organizzate dalla DCS	evidenza partecipazione	
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'attivazione del percorso secondo le indicazioni presenti nell'allegato tecnico della DGR 1926 del 16.12.2022	attivazione percorso	
1.2	Programmi di screening HCV	Referenti aziendali screening HCV	- Garantire l'offerta opportunistica alle coorti 1969 – 1989 in occasione della prenotazione ed effettuazione di esami ematici già prescritti per altre motivazioni, presso gli sportelli di accettazione amministrativa e i punti prelievo e in occasione degli accessi al PS, ricoveri in regime ordinario e DH	offerta opportunistica garantita	
1.2	Programmi di screening HCV	Refertazione del test di I livello (reflex)	- Garantire la refertazione del test di screening di I livello entro 12gg dal prelievo	refertazioni I livello entro 12 gg	
1.2	Programmi di screening HCV	Presa in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di II livello	- Garantire la I visita specialistica dei pazienti risultati positivi al test di screening di I livello entro e non oltre i 30gg	I visita specialistica entro 30 gg	
1.2	Programmi di screening HCV	Presa in carico del paziente da parte dei Centri specialistici di II livello	- Garantire gli esami di II livello (ecografia, esami ematici e fibroscan) in corso della prima visita o al massimo entro 15gg dalla I visita specialistica epatologica	esami II livello entro 15 gg I visita specialistica	
1.3	Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023)	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFLU FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Realizzare, per quanto di competenza, le azioni previste dagli obiettivi del panFLU FVG 2021 – 2023 da porre in essere per l'anno in corso secondo le indicazioni del Piano e della DCSPSD.	evidenza attività realizzate	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2023	70% operatori SIAN	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2023	n. interventi ispettivi PRISAN	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - il n. audit per settore programmati per il 2023	n. audit per settore PRISAN	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. valutazioni del rischio programmate	n. valutazioni del rischio PRISAN	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2023	n. campionamenti PRISAN	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	Interventi programmati come da PRISAN: - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	n. controlli PRISAN	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare, entro il 31/12/2023, il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100% controlli MIPAAF/AGEA e verbali inseriti	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Progetto Piccole Produzioni Locali: rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	- Trasmettere entro il 31/01/2024 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...	relazione a DCS entro 31/01/2024	Proposta di modifica: Trasmettere entro il 28.02.2024
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Biosicurezza suini Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione PSA	Effettuare il 100% dei controlli in materia di biosicurezza suini secondo indicazione Ministero della Salute	100% controlli biosicurezza suini	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare il 100% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	100% controlli benessere alimentare	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Anagrafe ovi caprina attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	3% controlli anagrafe ovi caprina	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Genotipizzazione arieti per Scrapie	Effettuare il 100% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2023	100% campioni sangue per Scrapie	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Igiene Urbana Veterinaria	Predisporre le attività previste per il passaggio alla BDN animali d'affezione.	evidenza attività realizzate	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Igiene Urbana Veterinaria	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione	evidenza partecipazione	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Attivazione del programma informatico regionale GISA	Implementazione del sistema per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN e per l'Area Igiene Pubblica	implementazione sistemi nelle Aree previste (A, B, C, SIAN)	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Attivazione del programma informatico regionale GISA	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico regionale GISA	evidenza partecipazione	
1.4	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica	Completamento del percorso dei prodotti finiti	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività (riunioni, incontri) per il completamento del Progetto regionale	evidenza partecipazione	
1.5	Miglioramento Sorveglianze	Tutte le Aziende	ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS Entro il 31 dicembre 2023 Collaborare agli studi di sorveglianza, che supportano la valutazione dei risultati dei programmi del PRP	evidenza attività di collaborazione entro il 31.12.2023	
1.5	Miglioramento Sorveglianze	Tutte le Aziende	ASUGI, ASUFC, ASFO, ARCS Entro il 31 dicembre 2023 Collaborare alla diffusione dei risultati fra gli operatori sanitari, inclusi i medici di medicina generale, e la popolazione, anche attraverso i portali regionali e i media aziendali	evidenza collaborazione diffusione dati entro il 31.12.2023	
1.6	Rete HPH	Policy 1. Orientare i modelli di governance, policies, strutture, processi e cultura per ottimizzare i guadagni di salute dei pazienti, del personale, delle popolazioni assistite e supportare le società sostenibili	1. Entro il 30/4/2023 le Aziende comunicano ad ARCS i componenti dei gruppi di lavoro: - Comitato HPH Aziendale; - Gruppo Benessere sul posto di lavoro aziendale; - Gruppo Patient Engagement aziendale; - Team Multiprofessionali	comunicazione componenti gruppi entro 30.4.2023	
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.a. Almeno il 50% dei componenti dei referenti HPH dei comitati aziendali partecipa all'evento formativo per l'utilizzo degli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020	>= 50% partecipazione	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
1.6	Rete HPH	Policy 2. Autovalutazione HPH	2.b Entro il 30/9/2023 trasmissione ad Arcs degli esiti dell'autovalutazione sugli standard e indicatori del Manuale di autovalutazione per l'implementazione degli Standard HPH 2020 presso le strutture aziendali identificate	esiti trasmessi ad ARCS entro 30.9.2023	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- >= 2 aggiornamenti della sezione aziendale intranet con documenti relativi al progetto "Aver cura di chi ci cura"	>= 2 aggiornamenti sito aziendale	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- entro il 30/6/2023 trasmissione ad ARCS dell'elenco dei "link professional promozione della salute" attivi presso l'azienda negli ambiti organizzativi di cui al punto 3.5 del Regolamento HPH di cui al Decreto 1100/2018 (prevenzione, distretto, dipartimento ospedaliero, piattaforma assistenziale, salute mentale, dipendenze)	elenco trasmesso ad ARCS entro 30.6.2023	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello	
1.6	Rete HPH	Benessere del personale 1. Progetto "Aver cura di chi ci cura": Team Multiprofessionali di I livello	- le aziende strutturano l'offerta attiva di promozione della salute del personale in carico ai team multiprofessionali tramite il protocollo condiviso dai referenti che hanno condotto lo studio pilota HPH (trasmissione evidenza ad ARCS entro 31/10/2023)	evidenza attività ad ARCS entro 31.10.2023	
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- Identificazione componenti tavolo regionale attività fisica e stile di vita circadiano: partecipazione alla stesura del documento di indirizzo entro il 31/12/2023	componenti identificati entro il 31.12.2023	
1.6	Rete HPH	2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": sostenibilità dei Team Multiprofessionali di II livello	- I Team Multiprofessionali di I livello partecipano ad almeno il 60% degli incontri di aggiornamento continuo promosso da ARCS	>= 60% partecipazione Team I livello	
2.1	Assistenza primaria	Formalizzazione dei regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD	Entro il 31.12.2023 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCSPSD i regolamenti aziendali sulle modalità di funzionamento degli UCAD.	regolamento trasmesso a DCS entro il 31.12.2023	
2.1	Assistenza primaria	Le Aziende ASU GI, ASU FC e ASFO monitorano i flussi informativi previsti dagli AACNN della medicina convenzionata	Entro il 31.12.2023 ASU GI, ASU FC e ASFO trasmettono alla DCSPSD una relazione sull'attività di monitoraggio effettuata	relazione su attività trasmessa a DCS entro il 31.12.2023	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2023 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA	relazione attività inviata a DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Riscontro delle comorbilità fisico-organiche presenti nei soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico e conseguente presa in carico integrata	Entro il 31.12.2023 stesura di un Protocollo aziendale secondo il Modello dell'Assistenza Medica Avanzata alla disabilità (D.A.M.A.).	protocollo aziendale entro 31.12.2023	
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017. Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei soggetti con DCA concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico, in coerenza con il documento del Ministero della Salute "Percorso Lilla in pronto soccorso"	- Definizione del percorso aziendale da inviare alla DCSPSD entro il 31/12/2023	percorso definito e inviato a DCS entro 31.12.2023	
2.4	Sanità penitenziaria	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività del gruppo interaziendale sulla Giustizia Minorile, in collaborazione con il Centro per la giustizia Minorile del Triveneto	Entro il 31.12.2023 invio di un report alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, sulle attività svolte durante l'anno 2023 in merito ai minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	
2.4	Sanità penitenziaria	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere, con particolare attenzione ai detenuti con bisogni complessi e/o con problematiche di salute mentale e di dipendenza	Entro il 31.12.2023 invio di un report alla DCSPSD, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	report progetto/i inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	
2.4	Sanità penitenziaria	Partecipazione alla realizzazione, da parte dei referenti aziendali, di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario finalizzati al miglioramento della comunicazione su obiettivi comuni, con particolare attenzione alla prevenzione del suicidio in carcere e alla gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi.	Almeno n. 1 evento aziendale di formazione congiunta realizzato al 31.12.2023	>= 1 evento aziendale entro il 31.12.2023	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	ASUGI, ASFO, ASUFC predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	modalità operative entro 45 gg applicazione misure sicurezza	
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	I Direttori delle REMS e i Direttori dei DDSM partecipano alle attività del P.U.R.	evidenza partecipazione	
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	Presenza in carico di tutti gli internati in lista di attesa, secondo le indicazioni del P.U.R.	100% internati in lista presi in carico	
2.5	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Utilizzo della modalità di registrazione dei dati relativi ai pazienti delle REMS ed al loro monitoraggio, attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP)	- Entro il 31.12.2023: aggiornamento dei dati relativi ai pazienti internati nelle REMS regionali, e a quelli in lista d'attesa, nello SMOP	aggiornamento dato pazienti entro il 31.12.2023	
2.6	Salute mentale	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2023	report attività inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	
2.6	Salute mentale	Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei giovani con quadro psicopatologico severo concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico	Definizione del percorso codificato da inviare al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 31/12/2023	percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023	
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANTIRE L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Realizzazione dei Punti Unici di Accesso come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 163	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse destinate ai PUA.	Evidenza accordo formale	
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANTIRE LE DIMISSIONI PROTETTE PER LE PERSONE IN SITUAZIONE DI FRAGILITA' Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 170	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse da destinare alle dimissioni protette entro il 30.06.23.	Evidenza accordo formale entro 30.6.2023	
3.1	Integrazione sociosanitaria	GARANTIRE LE DIMISSIONI PROTETTE PER LE PERSONE IN SITUAZIONE DI FRAGILITA' Definizione di modalità operative per le dimissioni protette come previsto dal DM 77/22 e dalla l.234/2021 art. 1 comma 170	Prima attuazione delle linee operative sulle dimissioni protette entro il 31.12.	Evidenza prima attuazione entro 31.12.2023	
3.1	Integrazione sociosanitaria	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE Implementare la programmazione sociosanitaria a livello locale di Ambito/Distretti	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la definizione di una bozza di nuove linee guida PDZ/PAT	evidenza partecipazione	
3.2	Non autosufficienza	STESURA ACCORDO DI PROGRAMMA TRA AZIENDE SANITARIE E AMBITI TERRITORIALI SOCIALI Definire a livello istituzionale i processi che consentano percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti.	Evidenza di una bozza di accordo di programma sull'integrazione sociosanitaria per la non autosufficienza tra SSC e Distretto/Azienda che definisca le macro fasi del percorso assistenziale, le ricadute organizzative in termini di personale e risorse e il coordinamento tra LEA e LEPS, entro il 31.12 2023, come previsto dal Piano Nazionale per la non autosufficienza	bozza accordo definita entro il 31.12.2023	
3.2	Non autosufficienza	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	100% informazioni raccolte e trasmesse	
3.3	Anziani	SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Sviluppare i percorsi di amministrazione condivisa volta alla sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Entro il 30.10.23, in ogni azienda è avviato almeno un progetto di sperimentazione di domiciliarità comunitaria prevedendo la coprogettazione con servizi sociali e terzo settore	>=1 progetto avviato entro il 30.10.2023	Il piano di accompagnamento regionale elaborato da Area Welfare prevede l'avvio della fase di co-progettazione entro 01.10.2023

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
3.3	Anziani	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica del welfare generativo	Sono effettuate almeno 2 visite di audit approfondite per azienda	>= 2 visite audit	
3.3	Anziani	STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani nell'ottica del welfare generativo	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2023 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2022.	relazione attività 2022 trasmessa a DCS entro 30.6.2023	
3.3	Anziani	PRISMA 7 Garantire la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili, con un approccio integrato con i SSC.	Le AAS proseguono le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	evidenza prosecuzione attività screening	
3.4	Disabilità	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema sociosanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Adozione degli atti e provvedimenti relativi a: • adeguamento atto aziendale coerentemente con l'Atto di indirizzo della Giunta (art.18, comma 2, L.R. n. 16/2022) e identificazione di una specifica articolazione organizzativa funzionale per la disabilità;	Adeguamento atto aziendale (a seguito emanazione atto di indirizzo regionale)	
3.4	Disabilità	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema sociosanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Adozione degli atti e provvedimenti relativi a: • stipula Atto di Intesa con conferenza dei Sindaci per passaggio di competenze (art. 17, comma 2, L.R. n. 16/2022).	stipula Atto di Intesa con Conferenza dei Sindaci	
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD;	persone da valutare identificate	
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: • Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali;	100% persone valutate con Q-VAD	
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: • Tutte le persone in carico alle sperimentazioni;	100% persone valutate con Q-VAD	
3.4	Disabilità	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: • Tutte le persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi)	100% persone valutate con Q-VAD	
3.4	Disabilità	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Valutare le sperimentazioni organizzative attuate nel 2022, partecipare all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto n.1830/SPS del 25.09.2020) e definire le modalità aziendali per il trasferimento a regime dell'attività.	Le aziende sanitarie partecipano all'attività di indirizzo regionale (modifica decreto n.1830/SPS del 25.09.2020) e predispongono il piano di intervento per il trasferimento a regime del processo di gestione delle cure farmacologiche entro il 31.12.2023.	Piano di intervento predisposto entro il 31.12.2023	
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate su situazioni complesse di minori	evidenza rapporto aziendale	
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate su situazioni multiproblematiche	evidenza rapporto aziendale	
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'equipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità	evidenza rapporto aziendale	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
3.5	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali	N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	n. progetti	
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte con particolare attenzione alla figura dello psicologo	evidenza presenza équipe con declinazione figure coinvolte	Attività gestita dai SSC
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Identificazione di un coach aziendale come previsto dal programma P.I.P.P.I.- PNRR	Coach aziendale identificato	
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	N° dei nuclei familiari presi in carico	n. nuclei	Attività gestita dai SSC, dati a disposizione dei SSC
3.5	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Partecipazione alle iniziative formative annuali previste dal programma	evidenza partecipazione	
3.6	Salute mentale	PROMOZIONE E SISTEMATIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI ABILITAZIONE E RIABILITAZIONE Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione	Partecipazione dei referenti individuati dai DDSM, area salute mentale, al Tavolo Tecnico regionale per la definizione degli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking, con il coinvolgimento degli Enti del Terzo settore e dagli stakeholders	evidenza partecipazione	
3.6	Salute mentale	QUALIFICARE L'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE DEGLI ESITI RELATIVA AL GRADO DI EFFICACIA DELLO STRUMENTO DEL BUDGET DI SALUTE Qualificare l'attività di valutazione degli esiti relativa al grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Partecipazione dei referenti individuati dai DDSM alle attività previste dal progetto nazionale coordinato dall'ISS, capofila Emilia Romagna: "Sperimentazione del Budget di Salute quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati", CCM 2022, in fase di approvazione	evidenza partecipazione	
3.6	Salute mentale	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi cogestiti con i servizi.	Realizzazione di almeno n.2 progetti in collaborazione con i peer support workers e le persone con esperienza (almeno n.8 unità per DDSM, area salute mentale) nell'ambito delle attività abilitative orientate alla recovery promosse dal servizio.	>= 2 progetti realizzati	
3.6	Salute mentale	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi cogestiti con i servizi.	Realizzazione di progetti partecipati con il Terzo Settore ed in particolare con le Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12).	report a DCS con n. progetti realizzati	
3.6	Salute mentale	GARANTIRE ALLE PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIPO TERAPEUTICO RIABILITATIVO Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento, nel sistema informativo Point pSM, dei progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi, entro 30 giorni dalla presa in carico, per i nuovi utenti	entro 30 gg progetti inseriti a sistema	Risultato atteso modificato in grassetto
3.6	Salute mentale	GARANTIRE ALLE PERSONE CON BISOGNI COMPLESSI L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO DI TIPO TERAPEUTICO RIABILITATIVO Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DDSM, area salute mentale, l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento, nel sistema informativo Point pSM di almeno una attività di verifica o aggiornamento dei progetti personalizzati già attivati	>= attività e/o progetti inseriti a sistema	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Utilizzo del modello condiviso di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	modello utilizzato	
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.2. Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse dedicate	budget salute attivato	
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3. Revisione del documento preparatorio alle Linee d'azione regionali GAP alla luce del DM 16 luglio 2021, n. 136.	documento revisionato	
3.7	Dipendenze	1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.4 Esecuzione di test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio sul 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti	test eseguiti su 70% persone testabili	
3.7	Dipendenze	2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	2.1 Elaborazione di una procedura/progettualità condivisa fra CT regionali di inserimento e Servizi invianti per gli utenti in procinto di concludere il percorso in Comunità terapeutica	procedura / progettualità elaborata	
3.7	Dipendenze	2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	2.2. Partecipazione dei referenti aziendali dei trattamenti alcolologici al 100% delle riunioni indette con le Associazioni e i Gruppi operanti nel settore delle problematiche alcolcorrelate	100% partecipazione	
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	Presenza di protocolli operativi con SSC e Scuole per segnalazioni e procedure di presa in carico (dato al 31.12.23) SI/NO	n. protocolli presenti al 31.12.2023	
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	N° di UVM congiunte tra Consultori familiari e SSC (dato al 31.12.23)	n. UVM congiunte al 31.12.2023	
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola	N° prese in carico integrate congiunte tra Consultori familiari e SSC e scuola con progetto personalizzato (dato al 31.12.23)	n. prese in carico al 31.12.2023	
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Rinforzo e sviluppo dei servizi sociosanitari a favore delle famiglie fragili, attraverso una condivisione tra Consultori e Servizi sociali dei Comuni, degli interventi professionali dedicati.	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo sociopsicopedagogico realizzati per singolo Distretto e Azienda al 31.12.2023	n. e tipologia interventi realizzati al 31.12.2023	
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento della rete dei servizi a favore delle donne maltrattate	Almeno 2 incontri di coordinamento tra le diverse associazioni	>= 2 incontri di coordinamento	
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria -	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere	Partecipazione ad almeno 2 eventi formativi	partecipazione >= 2 eventi	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Definizione di un percorso interno di analisi di concerto con il Servizio competente	percorso interno di analisi definito	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Partecipazione agli incontri	evidenza partecipazione	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	Servizio civile	Report di analisi aziendale e procedura percorsi entro il 31.12.2023	report di analisi e procedura inviato a DCS entro il 31.12.2023	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	<p>FORMAZIONE OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS) E OPERATORI SOCIO SANITARI CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSS-C)</p> <p>A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza almeno UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.</p>	I corsi sono attivati nel corso del 2023.	>= 1 corso OSS 1.000 ore attivato per Azienda	
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	<p>FORMAZIONE OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS) E OPERATORI SOCIO SANITARI CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE (OSS-C)</p> <p>A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria.</p>	I corsi sono attivati entro il 31.12.2023	1 corso OSS formazione complementare attivato per Azienda entro il 31.12.2023	
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera	<p>Indicatori attività ospedaliera</p> <p>Urgenze ortopediche</p>	Fratture operate entro le 48h >=67% (media regionale anno 2021: 60,72%) – fonte Bersaglio	>=67% entro 48h	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	<p>Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti</p> <p>Target Hub: >=65% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)</p>	>= 65% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Hub	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti	<p>Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti</p> <p>Target Spoke: >=75% (indicatore Bersaglio C16.3.NA)</p>	>= 75% priorità 4 (verdi) entro 120 minuti Spoke	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	<p>Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti</p> <p>Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)</p>	>= 70% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Hub	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti	<p>Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti</p> <p>Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N)</p>	>= 80% priorità 3 (azzurro) entro 60 minuti Spoke	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso	Miglioramento della percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022.	% dimessi entro 8 ore >= II semestre 2022	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	presa in carico garantita	
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	<p>Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali).</p> <p>Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%</p>	>= 50% partecipazione	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	presenza e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	>= 95% dati presenti e completi	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 1 mese dalla dimissione >= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza.	>= 80% follow up entro 1 mese o > 10% rispetto 2022	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	Percentuale di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti >= 75%. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	>= 75% pazienti con PTCA primaria entro 90 minuti	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Percentuale di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione >= 60%. Per azienda di residenza.	>= 60% follow up entro 2 mesi dimissione	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione > 50% (fonte PDTA). Per azienda di residenza.	>= 50% con esame LDL <= 55mg/dl entro 3 mesi dimissione	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – STEMI e NSTEMI	Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione > 75% (fonte PDTA). Per azienda di residenza.	> 75% con esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dimissione	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI	Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	100% pazienti NSTEMI segnalati con agenda dedicati	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – NSTEMI	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI	>= 60% pazienti STEMI inseriti in agenda dedicata entro 2 mesi dimissione	
4.1.2	Emergenze Cardiologiche – Sindrome Aortica Acuta	Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2023).	>= 75%	
4.1.2	Rene	Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	< 52%	
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Trapianto cardiaco: Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager (così come definito dal PDTA) ai meeting presso la CCH ASUFC cui partecipa il Centro Regionale Trapianti (CRT) per valutare la candidabilità al trapianto in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting	case manager presente ai meeting per candidabilità >= 50% pazienti trapiantati	
4.2	Trapianti e donazioni CUORE	Trapianto cardiaco: Coinvolgimento del case manager clinico (Hub e Spoke) nel percorso di candidabilità del paziente al trapianto e nel follow-up (successivo al primo anno)	Evidenza della presenza del Case Manager nei meeting presso il CT per condividere il follow-up dei pazienti successivi al primo anno, in almeno il 50% dei pazienti trapiantati. Il dato si rileva manualmente dai registri/verbali del meeting	case manager presente ai meeting per follow up >= 50% pazienti trapiantati	
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Rete trapiantologica renale Almeno 5 Meeting con referenti aziende	Evidenza dei Verbali delle riunioni	>= 5 verbali di meeting	
4.2	Trapianti e donazioni RENE	Trapianti di rene	Potenziamento del programma Trapianti di rene con: - segnalazione di almeno 1 coppia per trapianto da vivente ogni 10 segnalazioni iscrizioni in lista d'attesa	>= 1 coppia da vivente ogni 10 segnalazioni	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
4.2	Trapianti e donazioni	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI	target > o uguale 30%	>= 30%	
4.2	Trapianti e donazioni	n° AMC/n° cerebrolesi deceduti in UTI Aggiornamento Procedure	ASFO e ASUGI revisione Protocolli e Procedure evidenza dei documenti	evidenza revisione protocolli e procedure	
4.2	Trapianti e donazioni	Aggiornamento dei Coordinamenti Ospedalieri e dei Coordinamenti Aziendali sulla base dell'ASR Dicembre 2017	Decreti di nomina ed individuazione degli operatori coinvolti, funzioni, spazi e tecnologie	decreti approvati	
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	Presso ciascuna azienda donatori non inferiori al 5% dei decessi	donatori >= 5% decessi	
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	Monitoraggio rapporto potenziali donatori valutati/ n. decessi < 80 anni	evidenza monitoraggio	
4.2	Trapianti e donazioni DONAZIONE TESSUTI	Donazioni cornee	rapporto valutati /decessi < 80 anni	evidenza rapporto	
4.2	Trapianti e donazioni	Programma unico di trapianto, esteso a più centri appartenenti alla stessa area geografica con l'obiettivo dell'Istituzione trapianto CSE congiunto e sua formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Costituzione di un tavolo interaziendale per la definizione di un programma congiunto regionale coordinato come da ASR maggio 2021	programma congiunto definito	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende istituiscono il Comitato percorso nascita aziendale in coerenza con quanto definito dalla DGR 629/2022	Il nominativo dei componenti il Comitato aziendale e del relativo coordinatore è trasmesso alla DCS entro febbraio 2023	Comitato costituito e trasmissione componenti e coordinatore a DCS entro il 28.2.2023	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei Comitati aziendali concorrono alla revisione/aggiornamento dell'Agenda della gravidanza secondo le previsioni concordate in seno al Comitato percorso nascita regionale	Trasmissione alla DCS dei report aziendali di aggiornamento	report revisione / aggiornamenti Agenda di gravidanza trasmessi alla DCS	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) preconcezionale	Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione per l'utenza rivolta ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo preconcezionale	>= 1 iniziativa sensibilizzazione	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono interventi di sensibilizzazione /formazione sulla visita (bilancio di salute) preconcezionale	Almeno un evento di formazione, rivolto ad operatori del percorso nascita, MMG, PLS, sul controllo preconcezionale	>= 1 evento formativo	
4.3	Percorso nascita	Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico che segue le gravidanze BRO	Almeno due eventi formativi	>= 2 eventi formativi	
4.3	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi (presenza riunioni > 80%)	> 80% partecipazione	
4.4	Pediatria	Tutte le Aziende Area emergenza-urgenza Riduzione degli accessi impropri nei PS pediatrici	Entro il 31.12.2023 è definita e trasmessa in ARCS e DCS la proposta di interventi di provata efficacia, utili a ridurre gli accessi inappropriati ai PS pediatrici	proposta di interventi trasmessa a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangue dipartimentale Il DIMIT contribuirà alla raccolta di sangue fornendo un numero di aperture adeguato a garantire valori di raccolta pari alla media tra quelli 2020-2021	evidenza attività svolta	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: Raccolta plasma: i DIMIT e le autoemoteche contribuiranno ad una raccolta di plasma sulla % media degli anni 2020-2021 Target: • DIMIT ASFO = 25% sul totale di 28.500 kg come previsti dal documento di programmazione	25%	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMIT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.4.2023 invio a Cobus (1 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMIT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.7.2023 invio a Cobus (2 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMIT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.10.2023 invio a Cobus (3 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza delle richieste trasfusionali. Il DIMIT, invierà al Cobus report trimestrali dell'appropriatezza e completezza delle richieste trasfusionali. Target: 4 report trimestrali	entro 15.1.2024 invio a Cobus (4 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Per valutare l'appropriatezza delle richieste e il percorso trasfusionale nei reparti, il DIMIT organizzerà almeno due audit all'anno in reparti dei Presidi Ospedalieri e Strutture private accreditate di propria pertinenza che hanno consumo di sangue.	>= 2 audit	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Tutte le aziende: Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata (>=90% EMOWARD)	>= 90%	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMIT supporta la Direzione Sanitaria nella convocazione del Cobus Aziendale o interaziendale e garantisce l'invio dei verbali alla SRC per l'inserimento in SISTRA	evidenza supporto	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Tutte le aziende: Il DIMIT parteciperà ad almeno due incontri del tavolo tecnico regionale con i Servizi di Farmacia per il governo clinico dell'utilizzo degli emoderivati	partecipazione >= 2 incontri	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMIT Target: 4 report trimestrali	entro 15.4.2023 invio a coordinatore regionale (1 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMIT Target: 4 report trimestrali	entro 15.7.2023 invio a coordinatore regionale (2 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMIT Target: 4 report trimestrali	entro 15.10.2023 invio a coordinatore regionale (3 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: Monitoraggio modello di organizzazione della raccolta sangue su prenotazione con monitoraggio trimestrale della saturazione degli accessi messi a disposizione nelle diverse sedi di raccolta del DIMIT Target: 4 report trimestrali	entro 15.1.2024 invio a coordinatore regionale (4 report)	
4.5	Sangue ed emocomponenti	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	partecipazione alle attività	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio	nominativi inviati entro 31.1.2023	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	• Partecipazione dei RM e dei RAP alle attività programmate	evidenza partecipazione	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	schede A e B compilate e inserite entro i tempi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	evidenza azioni avviate	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	evidenza partecipazione alla survey Agenas	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	indicatori inviati nei tempi indicati	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	Inserimento di almeno una buona pratica nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call	>= 1 buona pratica inserita	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali	dati pubblicati entro 31.3.2023	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	Attuazione della sorveglianza sulla gestione del dolore	sorveglianza attuata	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della prevenzione.	evidenza attività realizzate	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti	studio effettuato	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze	report diffuso	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Supporto alla sorveglianza richieste a livello nazionale	evidenza attività realizzate	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale questionario CSIA per la valutazione del consumo di soluzione idroalcolica	2 invii semestrali questionario CSIA	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Invio semestrale degli indicatori sulla compliance alla profilassi peri-operatori nell'adulto	2 invii semestrali indicatori compliance profilassi	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	• Partecipazione alle attività previste dal programma regionale sull'utilizzo degli inibitori di pompa protonica (PPI) secondo le indicazioni regionali	evidenza partecipazione	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Diffusione dei dati sulla reportistica PPI	evidenza diffusione dati	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	• Avvio di specifiche azioni sulla gestione della poli-terapia in particolare per specifiche classi di rischio	evidenza azioni avviate	
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	evidenza attività realizzate	
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	partecipazione >= 5 giornate	
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accREDITamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, individuati dai referenti aziendali dell'accREDITamento componenti dell'OTA, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accREDITamento.	messa a disposizione garantita	
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accREDITamento nazionale degli organismi tecnicamente accREDITanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	messa a disposizione garantita	
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	messa a disposizione garantita	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,15 % del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali - ATC V03AN -, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione - monitoraggi AIFA periodici.	8,15% farmaceutica diretta	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione – monitoraggi AIFA periodici.	7% farmaceutica convenzionata	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica territoriale convenzionata	109,00 territoriale convenzionata	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica - distribuzione per conto	43,00 distribuzione per conto	
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2023	Farmaceutica territoriale diretta (90%)	81,00 territoriale diretta	
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS e ad ARCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul versante dei privati accreditati. <p><i>Modalità di valutazione:</i> <i>Report inviati nei termini: si/no (peso 30%)</i> <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)</i></p>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	<p>PERCORSI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA SIA NEL SETTING OSPEDALIERO CHE TERRITORIALE. Dare continuità ai percorsi promossi nel 2022, individuando o:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 obiettivo in ambito territoriale volto a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci dal miglior costo efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.), anche coinvolgendo le strutture private accreditate quando interessate nei percorsi prescrittivi (es. centri autorizzati a rilascio di PT); - 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a rafforzare l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali - massima applicazione alla nota 98, migliorare utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.). <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS e ad ARCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Azioni intraprese e risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs I semestre anno precedente, e anno 2023 vs anno 2022), anche sul versante dei privati accreditati. <p><i>Modalità di valutazione:</i> <i>Report inviati nei termini: si/no (peso 30%)</i> <i>Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)</i></p>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	ASFO Indicatore 1	<p>Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi</p> <p><i>Modalità di valutazione:</i> <i>3 indicatori a target = raggiunto</i> <i>2 indicatori a target = parzialmente raggiunto</i> <i>0-1 indicatori a target = non raggiunto</i></p>	<= 21,50	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	ASFO Indicatore 2	- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. <i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto	alta aderenza ≥ 33,4% (target OSMED)	
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	ASFO Indicatore 3	- Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED). I dati di riferimento sono rappresentati dal raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2021: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. <i>Modalità di valutazione:</i> 3 indicatori a target = raggiunto 2 indicatori a target = parzialmente raggiunto 0-1 indicatori a target = non raggiunto	bassa aderenza ≤ 24,38 (mantenimento / miglioramento 2021)	
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS <i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	Invio (ad ARCS e alla DCS) di due relazioni entro il 30/09/2023 (I semestre) e entro il 15/04/2024 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre 2023 vs 2022 e anno 2023 vs 2022) in tutti i setting di utilizzo (assistenza ospedaliera, diretta, DPC, convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 6.2). La relazione è integrata da uno schema di sintesi predisposto dalla DCS <i>Modalità di valutazione:</i> Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report 2 semestre e sintesi annuale)	
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormone della crescita, mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/8/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nel 2023, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. <i>Modalità di valutazione:</i> Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no	entro 31.8.2023 invio a DCS (report 1 semestre)	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente, nella gestione delle terapie con ormone della crescita, mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/8/2023 per l'attività svolta nel I semestre 2023 e entro il 28/02/2024 per l'attività svolta nel II semestre 2023) sull'attività di formazione svolta nel 2023, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no</i>	entro 28.2.2024 invio a DCS (report 2 semestre)	
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2023 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2024 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 30.9.2023 invio a DCS e ARCS (report 1 semestre)	
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta e della DPC dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	Invio ad ARCS e alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 20%)</i> <i>Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 40%)</i> <i>Riduzione della spesa convenzionata 2023 vs 2022 dei farmaci ricompresi nell'elenco DPC (peso 40%)</i>	entro 15.4.2024 invio a DCS e ARCS (report annuale)	
6.6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.) e monitoraggio degli indicatori di performance definiti nel 2022 nell'ambito di gruppi multidisciplinari	Relazione sulle attività svolte e valutazione delle ricadute in termini di efficientamento del rapporto costo-efficacia dei medicinali anche sulla base degli indicatori concordati. Documento da inviare entro il 31.12.2023. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Documento inviato nei termini: si/no (peso 30%)</i> <i>Interventi positivi in base all'obiettivo assegnato: si/no (peso 70%)</i>	relazione inviata a DCS e ARCS entro il 31.12.2023	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, con particolare riferimento ai medicinali innovativi, viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti, nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantirne l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. Per la dispensazione del medicinale viene inoltre utilizzato il "flag innovatività" nei casi previsti, ai fini di consentire la puntuale rilevazione del dato per la relativa linea sovraziendale.	Inserimento dati a registro con particolare riferimento ai medicinali innovativi (oncologici e non) e nello specifico: - pazienti extra regione, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività; - pazienti FVG e del flag "innovatività" in fase di dispensazione, laddove previsto, per consentire il confronto tra dati della piattaforma AIFA e dati FVG, ai fini del calcolo della rispettiva linea sovraziendale. La DCS invierà con periodicità trimestrale i dati della piattaforma AIFA sulle dispensazioni innovative per le successive verifiche, ai fini del calcolo della spesa sostenuta. Il dato AIFA, verificato e implementato dalle Aziende con l'effettiva spesa, costituirà la fonte ufficiale per la copertura della sovraziendale. Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, in relazione all'inserimento pz extraregione, inserimento pz FVG e flag innovatività e riscontro richieste di verifica sui dati AIFA. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali si/no: (peso 30%)</i> <i>Riscontri alle verifiche della DCS sui dati AIFA vs dati FVG nei termini: si/no (peso 70%).</i>	- evidenza dei monitoraggi / percorsi - riscontri richieste DCS	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale. La DCS valuterà l'implementazione dei verticali regionali per la completezza dei dati derivanti dall'applicativo Log80.	Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente. Indicatore: Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90% <i>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</i> - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	> 90%	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo. Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.	- % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 95%. <i>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS.</i> - % ≥ 95%: obiettivo raggiunto - % tra 85% e 95%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 85%: obiettivo non raggiunto	>= 95%	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Le Aziende mantengono la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, che dovrà essere garantita per il 95%, con riferimento ai medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo. Inoltre, le Aziende, mediante azioni di sensibilizzazione sui reparti per i quali si rileva l'utilizzo dell'iter cartaceo, assicureranno la riduzione della quota di prescrizioni con tale iter, rispetto all'anno precedente.	- riduzione della % delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo, rispetto all'anno precedente, al netto di registri AIFA o pz extra-regione. La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo anche verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. <i>Modalità di valutazione:</i> % cartaceo 2023 < % cartaceo 2022 = raggiunto % cartaceo 2023 >= % cartaceo 2022 = non raggiunto	% cartaceo 2023 < % cartaceo 2022	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI Mantenimento per tutte le Aziende del ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 70% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: > 70%. <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</i> - % PT informatizzati per tutti i pazienti > 70% raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti tra 65-70% parzialmente raggiunto - % PT informatizzati per tutti i pazienti < 65% non raggiunto	> 70%	
6.7	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Azioni di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2022 >= 50% <i>Modalità di valutazione:</i> <i>Target rilevati dalla DCS. Per le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda alla DGR n. 1912/2018</i> - % PT informatizzati ≥ 50% in tutte le 5 categorie: raggiunto - % PT informatizzati ≥ 50% in 3 o 4 categorie: parzialmente raggiunto - % PT informatizzati ≥ 50% in meno di 3 categorie: non raggiunto	Aumento >= 50% in 5 categorie	
6.8	Farmacovigilanza	Gli Enti avviano specifiche attività di farmacovigilanza (FV) che includano sia misure di farmacovigilanza attiva, coordinate dai RLFV, sia iniziative di sensibilizzazione degli operatori sanitari alla FV.	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione tempestiva in RNF delle "tossicità a medicinale" per farmaci oggetto di Registro di monitoraggio AIFA. Sensibilizzazione degli operatori sanitari ai nuovi percorsi di segnalazione e all'importanza della farmacovigilanza nel post-marketing.	evidenza azioni avviate	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
6.8	Farmacovigilanza	1. Misure di FV attiva: i RLFV effettuano un monitoraggio della segnalazione in Rete nazionale di FV (RNF) delle sospette reazioni avverse (ADR) ai medicinali soggetti a registro di monitoraggio AIFA. Dall'analisi dei dati relativi agli anni 2021 e 2022 si evidenzia infatti un fenomeno di sottosegnalazione rispetto all'atteso, in quanto solo per il 33% (4/12 nel 2021 e 2/6 nel 2022) delle schede AIFA chiuse con motivazione "tossicità da medicinale" si riscontra una segnalazione in RNF.	1. Segnalazione in RNF per tutti i medicinali soggetti a registro AIFA per i quali la chiusura del trattamento riporti la motivazione "tossicità da medicinale" Indicatore di risultato: 100% di "tossicità da medicinale" segnalate in RNF in rapporto alle "tossicità da medicinale" riportate nella scheda di chiusura trattamento dei registri AIFA <i>Modalità di valutazione:</i> % segnalazione = 100%: obiettivo raggiunto % segnalazione > 85% < 99%: obiettivo parzialmente raggiunto % segnalazione < 85%: obiettivo non raggiunto Ai fini della valutazione il CRFV predispone e invia agli Enti del SSR con cadenza trimestrale un report grafico con evidenza dei trattamenti chiusi per "tossicità da medicinale". I RLFV daranno evidenza dell'avvenuta segnalazione in RNF della "tossicità a medicinale" riportando in tabella il corrispondente ID AIFA della segnalazione associata all'evento. Qualora la voce "tossicità a medicinale" non figuri nell'estrazione dati, verrà richiesta ai RLFV una verifica sulle chiusure per "tossicità", al fine di stabilire se opportuna la segnalazione in RNF.	100% segnalazioni in RNF	
6.8	Farmacovigilanza	2. Sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il tramite dei RLFV, sui percorsi di segnalazione in considerazione del passaggio alla nuova rete nazionale di farmacovigilanza (attiva dal 20.06.2022) e promozione della cultura della farmacovigilanza.	2. Promozione e avvio nel 2023 di almeno un evento di FV (eventi ECM, meeting interni ai reparti, meeting con operatori sanitari territoriali, pubblicazioni in tema di FV, anche in collaborazione con il CRFV). Indicatore di risultato: Numero di iniziative promosse da ciascuna azienda/IRCCS in tema di farmacovigilanza su tematiche quali I nuovi percorsi di segnalazione e l'importanza della farmacovigilanza nel postmarketing. <i>Modalità di valutazione:</i> Invio al CRFV entro il 31.10.2023 di comunicazione riportante il dettaglio degli eventi organizzati ed avviati con relativo aggiornamento dei portali web aziendali dedicati alla FV. Comunicazione inviata nei termini e congrua nei contenuti (avvio di almeno un evento e aggiornamento del portale web): si/no	entro 31.10.2023 invio a CRFV dettaglio eventi	
6.9	Assistenza integrativa	Le Aziende monitorano i dati di spesa e di consumo ed eventuali indicatori definiti in ambito aziendale: 1. dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 2. dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione ad ARCS e DCS di una relazione entro il 28/02/2024 <i>Modalità di valutazione:</i> 1. Relazione inviata nei termini: si/no (peso 20%) 2. Evidenza dei dati di monitoraggio nel corso dell'anno 2023 e dei suoi esiti come da relazione, relativamente a: 2.a i dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 (peso 40%); 2.b i dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM) (peso 40%).	entro 28.2.2024 invio a DCS e ARCS (relazione annuale)	
6.10	Vigilanza sui dispositivi medici	Gli Enti del SSR assicurano le attività di vigilanza nel rispetto delle disposizioni nazionali e delle indicazioni ministeriali. Supportano inoltre i Responsabili regionali della vigilanza (RRV) garantendo i riscontri richiesti dalla DCS nei tempi indicati, con particolare riferimento alla gestione degli avvisi di sicurezza	Gli Enti del SSR danno riscontro alle richieste formulate dalla DCS, nei termini e nelle modalità indicate <i>Valutazione: garantito il riscontro entro i termini e modalità indicate per tutte le richieste:</i> a. entro i termini e con rispetto delle modalità indicate: obiettivo raggiunto; b. entro sette giorni dopo la scadenza, o con modalità diverse da quelle indicate: obiettivo parzialmente raggiunto; c. con ritardo superiore a sette giorni: obiettivo non raggiunto.	riscontro garantito entro i termini	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS, in collaborazione con gli Enti del SSR, monitora periodicamente l'applicazione della procedura di "gestione del magazzino" e ne rileva le ricadute anche in termini di riduzione dei volumi e dei costi dei prodotti inutilizzati e/o scaduti	ARCS predispone, in collaborazione con gli Enti del SSR un report di monitoraggio dei volumi e dei costi dei farmaci inutilizzati e/o scaduti nel 2023 rispetto all'anno precedente e lo trasmette alla DCS entro il 28/2/2024 <i>Modalità di valutazione:</i> documento inviato nei termini si/no	collaborazione alla predisposizione del report	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali
				target 2023	Preventivo 2023
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS garantisce, in collaborazione con la DCS, il prosieguo delle attività del tavolo di lavoro attivato nel 2022 per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici (punto 1)	1. Il tavolo di lavoro definisce entro trenta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione un cronoprogramma delle attività già concordate con la DCS nel 2022: a. lo sviluppo di indicatori di monitoraggio per una possibile successiva definizione di obiettivi per le Aziende finalizzati a conseguire ricadute economiche/di appropriatezza positive per il SSR; b. verifica quantitativa ed economica dei DM annualmente scaduti, e identificazione di potenziali criticità correlate, da elaborare anche in collaborazione con gli altri enti; c. definizione di una proposta di correlazione tra i consumi di specifiche categorie / prodotti e volumi di attività con raffronto tra Enti, identificazione di eventuali disallineamenti dei dati di consumo aziendali rispetto ad un valore medio regionale/aziendale e delle criticità correlate. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS trasmette il cronoprogramma alla DCS entro quaranta giorni dall'avvenuta approvazione delle presenti Linee per la gestione: sì/no (peso 20%); 2. ARCS invia i due report di monitoraggio entro i termini: sì/no (peso 60%); 3. trasmissione alla DCS di una relazione dettagliata sulle attività svolte entro il 28/2/2024 (peso 20%).	collaborazione alle attività definite con ARCS	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	Nel 2023 ARCS, in attuazione del Regolamento UE 2017/745, elabora una proposta per la registrazione e conservazione in formato elettronico dei codici di identificazione unica dei dispositivi medici (UDI) per tutte le classi di rischio nonché una proposta per l'implementazione del registro degli impianti protesici mammari previsto dalla normativa nazionale (d.m Salute 19 ottobre 2022, n. 207), per l'ambito pubblico e privato, in conformità ad ogni eventuale indicazione formulata dalla DCS	Per l'attuazione dell'obiettivo ARCS entro trenta giorni dall'approvazione delle presenti Linee per la gestione del SSR organizza, convoca e coordina un tavolo di lavoro con la partecipazione degli Enti del SSR; ARCS informa preventivamente la DCS sui lavori del tavolo (modalità, tempistiche, argomenti affrontati, ...), a cui la DCS partecipa sugli argomenti di proprio interesse e dove ritenga di fornire specifici indirizzi.	partecipazione ai tavoli	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale. (punto 2)	2. Il tavolo di lavoro produce, entro il 30/09/2023, un documento operativo. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023: sì/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023: sì/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024: sì/no (peso 40%)	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	
7.1	Gestione di farmaci e dispositivi medici	ARCS avvia un tavolo di lavoro per l'efficiente gestione degli antidoti per intossicazioni acute a livello regionale, atto a fornire le basi per l'individuazione delle adeguate scorte di antidoti e per la loro corretta allocazione in ambito regionale. (punto 3)	3. ARCS, ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO e CRO danno completa applicazione al documento operativo entro il 31/12/2023. <i>Modalità di valutazione:</i> 1. ARCS dà evidenza alla DCS dell'avvio del tavolo entro il 30/04/2023: sì/no (peso 20%) 2. ARCS trasmette il documento operativo alla DCS entro il 31/10/2023: sì/no (40%) 3. ARCS dà evidenza alla DCS della completa applicazione del documento operativo entro il 28/02/2024: sì/no (peso 40%)	evidenza applicazione documento operativo entro 31.12.2023	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Aggiornamento del "Protocollo operativo per la gestione della Logistica centralizzata" (di cui ai decreti del DG EGAS n. 135/2016 e n. 129/2018) in funzione del nuovo modello organizzativo della logistica centralizzata, degli strumenti operativi previsti dall'appalto in fase di avvio, del nuovo sistema informativo amministrativo – contabile, mediante la costituzione di specifico gruppo di referenti aziendali	Predisposizione del documento e sua adozione con atti formali da parte dei singoli Enti del S.S.R. entro il 31/12/2023.	documento predisposto e adottato entro il 31.12.2023	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio externalizzato Individuazione dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio externalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale	Analisi della consistenza della documentazione cartacea conservata presso i locali del gestore del servizio externalizzato tramite verifica della corretta applicazione dei principi previsti dai massimari di scarto aziendali e dalla normativa specifica di settore entro il 31/05/2023.	adempimento nei tempi previsti alle richieste gruppo tecnico interaziendale attivato da ARCS	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio esternalizzato Individuazione dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale	Verifica della fattibilità e dell'impatto del processo di digitalizzazione dei documenti cartacei, per la realizzazione di una progressiva dematerializzazione; individuazione del modello organizzativo e gestionale dei flussi documentali e definizione delle specifiche tecniche del nuovo capitolato di gara per l'attivazione della nuova procedura, entro il 31/12/2023.	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	
7.2	Acquisizione di altri beni e servizi	Favorire la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi in ambito sanitario, nell'intento di aumentare l'efficientamento della spesa degli Enti del SSR	- Gli Enti del SSR, entro il 30 novembre di ogni anno, aderiscono alla pianificazione di ARCS sulla base dei propri fabbisogni e possono avanzare proposte per eventuali integrazioni e/o modifiche;	adesione entro 30.11.2023	
7.4	Attività di coordinamento	Coordinamento dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Costituzione di un tavolo interaziendale con i RPCT e loro personale di supporto degli Enti del SSR FVG entro il 30/4	comunicazione ad ARCS entro il 15 aprile 2023 del referente aziendale per la costituzione del tavolo interaziendale	
7.4	Attività di coordinamento	Coordinamento delle attività dei Responsabili degli acquisti e dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e loro personale di supporto	- Definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilità ed i conflitti di interesse per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023	regolamento definito entro il 31.12.2023	
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- ARCS definisce, sentiti gli Enti del SSR, i programmi operativi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023;	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione art. 4, comma 4, lett. c), della l.r. n. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge funzioni di coordinamento e controllo sugli Enti del SSR	- Gli enti del SSR collaborano ai programmi per l'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo da parte di ARCS nelle materie di cui all'art. 4, comma 4, lett. c) della l.r. n. 27/2018	evidenza collaborazione ai programmi operativi definiti da ARCS	
7.4	Attività di coordinamento	Applicazione strutturata dell'art. 4, comma 4, lett. f), della l.r. 27/2018, in base al quale l'ARCS svolge le funzioni di monitoraggio e vigilanza sugli Enti del SSR nel rispetto degli indirizzi e indicazioni generali della DCS	- ARCS definisce, sentiti gli enti del SSR, i programmi operativi di monitoraggio e vigilanza da trasmettere agli enti entro il 30/5/2023	partecipazione alle attività coordinate da ARCS	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR (programma operativo regionale)	evidenza partecipazione	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione aziendale	Avvio di almeno un processo di transizione entro il 30/09/2023	>= 1 processo di transizione avviato entro 30.9.2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Costituzione gruppi di lavoro disciplinari per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina entro il 28/02/2023	partecipazione ai gruppi costituiti dalla DCS entro 28.2.2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Approvazione documento sui percorsi di telemedicina entro il 30/06/2023	partecipazione alla stesura del documento sui percorsi di telemedicina che dovrà essere approvato entro 30.6.2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	Avviamento di almeno 4 processi di telemedicina entro il 30/09/2023	>= 4 processi avviati entro 30.9.2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata".	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata".	Individuazione del dipartimento pilota all'interno di ogni Ospedale DEA entro il 31/05/2023	individuazione dipartimento pilota entro 31.5.2023	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1.1 - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO: Progetto: "Rinnovo Sistema Informativo Ospedaliero – Cartella Clinica Integrata".	Avviamento del dipartimento pilota per ogni ospedale DEA entro il 31/10/2023	avviamento dipartimento pilota entro 31.10.2023	
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 1.3.2 4 NUOVI FLUSSI INFORMATIVI NSIS: • Assistenza riabilitativa • Consulteri • Ospedali di comunità • Servizi di assistenza primaria	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	
8.1	Linee PNRR	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.3.1 - FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Partecipazione alle attività per assicurare il raggiungimento dei milestone e target indicati nel POR.	evidenza partecipazione	
8.1	Linee PNRR	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA	Assicurare l'attuazione del piano di migrazione dei collegamenti dati per le sedi previste dal PIANO SANITA' CONNESSA	attuazione assicurata	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Approvazione del cronoprogramma per l'avvio di almeno 3 enti nel corso del 2023 entro il 28/02/2023.	rispetto del cronoprogramma approvato entro 28.2.2023 (qualora coinvolta)	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento del sistema ERP in sostituzione di Ascotweb	Assicurare l'avviamento degli enti secondo il cronoprogramma.	avviamento secondo cronoprogramma (qualora coinvolta)	
8.2	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	evidenza partecipazione	
8.3	Piani terapeutici informatizzati	Avvio dell'iter per l'integrazione dei sistemi informativi delle case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici (Obiettivo trasversale con l'assistenza farmaceutica)	Fattibilità e avvio in almeno un'azienda sanitaria dell'applicativo PSM-PT nelle case di cura private accreditate per la successiva integrazione con Sistema TS. Formazione sull'utilizzo dello strumento ed evidenza dell'attivazione (rilascio di PT informatizzati) nelle strutture accreditate delle aziende interessate entro fine 2023.	evidenza avvio (se coinvolta)	
8.4	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	Partecipazione ad almeno 3 incontri su 4 programmati con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	>= 75% partecipazione	
8.5	Sicurezza informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Individuazione dei referenti aziendali per la sicurezza informatica	referenti individuati e comunicati alla DCS	
8.5	Sicurezza informatica	Costituzione gruppo regionale per la sicurezza informatica	Partecipazione agli incontri del gruppo regionale per la sicurezza informatica	evidenza partecipazione	
8.6.2	Servizi collegati all'utilizzo del fascicolo sanitario per l'operatore clinico	Visibilità interaziendale in regime emergenziale di referti diagnostici e delle relative immagini	Entro dicembre 2023 il prototipo viene attivato almeno presso un sito pilota	prototipo avviato presso sito pilota entro il 31.12.2023 (qualora coinvolta)	

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	ASFO	note aziendali Preventivo 2023
				target 2023	
8.6.3	Piattaforma di refertazione radiologica ai sensi del D. Lgs. 101/2020	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	<p>A valle dell'aggiudicazione da parte di INSIEL della gara per l'acquisizione della piattaforma SW per la gestione digitalizzata del dato dosimetrico e delle attività della Fisica Sanitaria, ARCS, d'intesa con la DCS, coordina le attività di predisposizione, installazione e avviamento presso l'Azienda sanitaria pilota e poi a seguire presso le altre Aziende, nel rispetto del cronoprogramma definito in sede di gara. Entro un mese dalla sottoscrizione del contratto con l'aggiudicatario, viene predisposto da ARCS, con il supporto delle risorse tecniche delle Aziende sanitarie, e con l'aggiudicatario l'aggiornamento del cronoprogramma di dettaglio per l'avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi a seguire presso le altre strutture regionali.</p> <p>Le Aziende garantiscono il supporto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per la definizione del cronoprogramma delle attività di avvio della piattaforma presso il sito pilota e poi presso le altre Aziende; • per l'implementazione, la configurazione e la messa in servizio della piattaforma all'interno delle proprie strutture; • al DEC del contratto delle competenze specialistiche necessarie per attestare la regolare esecuzione dei servizi oggetto di fornitura 	supporto alle attività coordinate da ARCS	
9	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	utilizzo corretta codifica	
9	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	Tutte le Aziende: Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	> 98% schede morte inserite entro 3 mesi	
10.5.2	Programmazione 2024	Programmazione degli investimenti per l'anno 2024	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2024 entro il 15 settembre 2023 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti	PPI adottato entro 15.9.2023	
11.4.8	Sistema gestionale del personale	INDICATORE: - Implementazione delle tabelle e dei sistemi gestionali aziendali dedicati al personale del SSR nei tempi e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, INSIEL e GPI.	I dati implementati dovranno essere visibili all'interno del cruscotto regionale	dati implementati e visibili nel cruscotto regionale	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Percorsi formativi di valenza regionale previsti dal Piano della Formazione Regionale (PFR)	I percorsi formativi di valenza regionale previsti nel Piano saranno realizzati da ARCS o da altro provider SSR indicato dalla stessa, su delega motivata, e dovranno essere rendicontati sia annualmente che con cadenza trimestrale.	evidenza rendicontazione annuale e trimestrale (qualora previsto)	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Stesura del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	Trasmissione del Piano entro il 31 marzo 2023	piano trasmesso alla DCS entro 31.3.2023	
11.4.8	Programmazione della formazione	IL PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE (PFR) Aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) annuale	eventuale aggiornamento del Piano formativo aziendale (PFA) entro 30 giorni dalla pubblicazione del PFR	piano aggiornato entro 30 gg PFR	
11.4.8	Programmazione della formazione	LA RELAZIONE ANNUALE REGIONALE Redazione della relazione annuale regionale	redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2022 entro il 31 maggio 2023	relazione trasmessa alla DCS entro 31.5.2023	
11.4.8	Programmazione della formazione	CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE PNRR, Missione 6 Componente 2 sub investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere	Realizzazione delle attività previste dal Piano formativo regionale per l'anno 2023	evidenza realizzazione attività	

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

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIUSEPPE TONUTTI

CODICE FISCALE: TNTGPP64A05H5010

DATA FIRMA: 17/05/2023 13:18:19

IMPRONTA: 3F586730C83EC0020BBB40876D097DEF1CBBFAEC269147F522CC9B49B75AE593
1CBBFAEC269147F522CC9B49B75AE5932AD16A3EF7338A51091B21746978B8A7
2AD16A3EF7338A51091B21746978B8A7E71C353E1AD7E6AD74E4BFF053044543
E71C353E1AD7E6AD74E4BFF0530445437EA09EC2C738993B5655898691A22FBC