

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.1 Rete oncologica	A.1	Riorganizzazione delle attività di chirurgia oncologica, con le modalità e nei tempi indicati dal Piano di Rete, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale, le evidenze della letteratura scientifica e quanto evidenziato dalle indagini nazionali sullo stato di attuazione delle Reti oncologiche e dal Piano Nazionale Esiti.	Completare le azioni di condivisione tra il COR e le Aziende in previsione: a. del riassorbimento nelle strutture pubbliche di tutta la chirurgia oncologica; b. della concentrazione, a partire dai tumori a bassa incidenza e/o indicati (con volumi di riferimento) nelle fonti istituzionali citate.	entro il 30.4.2025	azioni di condivisione completate	
A.1.1 Rete senologica	Lea NSG H02Z	Migliorare la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	> 90% (valore FVG valore 2023 80,4% proiezione 2024 con dati agosto 84,56)	> 90% (valore 2023 100,00%)	
A.1.1 Rete senologica	Bersaglio H03C	Diminuire la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 8,0% (valore FVG 2023 9,70%)	< 8,0% (valore 2023 9,89%)	
A.1.1 Rete senologica	Bersaglio C.10.2.2	Incrementare la percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	>= 80% (valore FVG 2023 77,79%)	>=80% (valore gen-ago 2024 81,63 %)	
A.2.1 Rete cuore	A.2.1.a	Migliorare / mantenere la % di pazienti con diagnosi di NSTEMI ricoverati in ospedali Spoke, successivamente trasferiti in ospedali Hub (NSTEMI ospedali Spoke trasferiti all'Hub/totale NSTEMI ricoverati ospedali Spoke)	% pazienti NSTEMI trasferiti da Centro Spoke tra coloro che accedono a Centro Spoke	>= 70% (valore 2023 64,62%)	>= 80% (valore 2023 84,71%)	
A.2.1 Rete cuore	PNE A.2.1.b	Migliorare la tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti (criteri PNE)	≥ 60 %	≥ 60 %	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.2.3 Rete ictus	PNE A.2.3.b	Riduzione delle riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus ischemico (indicatore PNE)	proporzioni di ricoveri ospedalieri per ictus ischemico seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario	<6%	<=6,5% (valore 2023 9,06%)	
A.2.3 Rete ictus	A.2.3.c	Miglioramento dell'esecuzione della trombolisi endovenosa nei pazienti ricoverati per ictus	% di pazienti ricoverati per ictus che effettuano una trombolisi endovenosa	>=20%	>=19% (valore 2023 17,8%)	Un considerevole numero di trombolisi non è registrato nella SDO perché eseguito in PS. Si chiede di considerare anche le trombolisi registrate nel Sistema Emergenza Intraospedaliero.
A.2.3 Rete ictus	A.2.3.d	Miglioramento dell'esecuzione dell'angio TC nei pazienti sottoposti a terapia riperfusiva	% di pazienti soggetti a terapia riperfusiva che sono stati sottoposti ad Angio TC durante il ricovero	>=90%	>=80% (valore 2023 69,12 %)	
A.2.3 Rete ictus	A.2.3.e	Miglioramento dell'accesso a ricoveri riabilitativi in seguito a ictus ischemico	% di pazienti ricoverati per ictus ischemico ed emorragico che accedono a un ricovero in un reparto riabilitativo	>=5%	>=5% (valore 2023 1,4%)	
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	A.2.4.1	Assicurare le attività previste dalla convenzione stipulata nel corso del 2024 tra ARCS e gli Enti del SSR al fine di garantire la rotazione del personale dell'emergenza territoriale nei vari setting in cui è articolato: centrale operativa, elisoccorso e postazioni di emergenza territoriale (PET).	% del personale SORES che effettua la rotazione con il corrispondente scambio	>=30 % del personale di SORES	>=30 % del personale di SORES	L'operatività della convenzione è subordinata a: - necessaria verifica dei passaggi burocratico-amministrativi e di incentivazione del personale a garanzia del personale volontario nel cambio di compensazione - approvazione da parte dell'RSPP Aziendale della convalida dei corsi di formazione generale e specifica

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	A.2.4.1	Assicurare, su richiesta di ARCS, un'adeguata dotazione organica alla SORES. (I rispettivi dirigenti infermieristici aziendali concordano le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione)	Su richiesta di ARCS, aggiornare e trasmettere ad ARCS i Piani aziendali almeno 45 giorni prima dell'avvio del turno di servizio, un'adeguata dotazione organica alla SORES. I rispettivi dirigenti infermieristici aziendali concordano le modalità operative di attuazione della pianificazione e ne curano l'applicazione.	piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS su sua richiesta almeno 45 gg prima del turno di servizio	piani aziendali aggiornati e trasmessi ad ARCS su sua richiesta almeno 45 gg prima del turno di servizio	
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	A.2.4.1	Assicurare l'assenso alle domande di mobilità verso ARCS di personale degli Enti del S.S.R. che chieda di essere assegnato alla SORES	Garantire il rilascio dell'assenso alla mobilità in numero sufficiente alle esigenze tempo per tempo definite da ARCS	assenso rilasciato secondo le esigenze definite	assenso rilasciato secondo le esigenze definite	
A.2.4.1 Emergenza-urgenza territoriale	Lea NSG D09Z	Miglioramento dei tempi di arrivo sui target per le chiamate di emergenza con codice rosso	75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica e l'arrivo del 1° mezzo di soccorso al target (codice rosso)	<= 16	<= 16	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	A.2.4.2	Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	DCS d'intesa con le Aziende definirà entro il 31.03.2025 un modello organizzativo orientato a percorsi di Fast Track per persone anziane con patologia cronica riacutizzata, che non presentano caratteristiche di emergenza/urgenza, non richiedono un monitoraggio continuo dei parametri vitali e senza un rilevante rischio di passaggio a stato non stabile, con il fine di individuare in ogni presidio di I e II livello almeno 10 posti letto da dedicare al "Fast Track geriatrico" con degenza inferiore o uguale a 3 giorni;	entro 31.3.2025	collaborazione con DCS	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	A.2.4.2	Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso: Dal 1° febbraio 2025 le SOC di medicina di tutti i presidi/stabilimenti ospedalieri garantiscono giornalmente dal lunedì al sabato almeno una dimissione ogni 10 posti letto ordinari attivi e garantiscono almeno altrettanti accoglimenti da PS	n° di dimissioni e n° di accoglimenti da PS effettuati giornalmente da lunedì a sabato nelle SC di medicina	>=1 dimissione e >= 1 accoglimento da PS ogni 10 posti letto	>=1 dimissione e >= 1 accoglimento da PS ogni 10 posti letto	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	A.2.4.2	Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso: Dal 1° febbraio 2025 le RSA garantiscono nell'arco della settimana dal lunedì al sabato un numero di dimissioni e un equivalente numero di accoglimenti da struttura ospedaliera pari al 30% dei posti letto distribuendo i movimenti in maniera omogenea nell'arco dei singoli giorni della settimana da lunedì a sabato compreso;	n° di dimissioni da RSA e n° di accoglimenti in RSA da strutture ospedaliere garantiti nella settimana da lunedì al sabato e distribuiti in maniera omogenea nell'arco delle singole giornate (sabato compreso)	>= 30% dei posti letto di RSA (nella settimana da lunedì a sabato compresi e articolati in maniera omogenea nel tempo della settimana)	>= 30% dei posti letto di RSA (nella settimana da lunedì a sabato compresi e articolati in maniera omogenea nel tempo della settimana)	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	A.2.4.2	Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso: ricognizione dei percorsi già disponibili presso le Unità di pronto soccorso degli Enti del S.S.R. ai fini dell'introduzione/riorganizzazione nelle stesse di percorsi "See and Treat" medico-infermieristici così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni n°143/CSR/2019; sulla base delle risultanze della ricognizione effettuata, dalla DCS è formata e trasmessa agli Enti del S.S.R. la definizione di modello e criteri organizzativi e operativi da adottare per lo svolgimento delle attività nei percorsi "See and Treat"	trasmissione alla DCS dei percorsi già disponibili presso le Unità di pronto soccorso degli Enti del S.S.R. ai fini dell'introduzione/riorganizzazione nelle stesse di percorsi "See and Treat" medico-infermieristici così come previsto nell'Accordo Stato-Regioni n°143/CSR/2019	entro il 31 marzo 2025	entro il 31 marzo 2025	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.2.N*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali HUB)	>= 70% (valore FVG gen-ago 2024 48,7%)	>= 70% (valore gen-ago 2024 45,3%)	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.2.N*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 80% (valore FVG gen-ago 2024 60,3%)	>= 80% (valore gen-ago 2024 63,9% 77,7% pediatrico 55,4% Spilimbergo-S.Vito)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG gen-ago 2024 74,3%)	>= 65% (valore gen-ago 2024 57,2%)	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.3.NA*	Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	% di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti (Ospedali SPOKE)	>= 75% (valore FVG 2°sem. gen-ago 2024 75,5%)	>= 75% (valore gen-ago 2024 77,6% 90,6% pediatrico 65,0% Spilimbergo-S.Vito)	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della % di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali HUB)	>= 88% (valore FVG gen-ago 2024 90,5%)	>= 88% (valore gen-ago 2024 93,2%)	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.4.1.N*	Incremento della percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali SPOKE)	% di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Ospedali SPOKE)	>= 92% (valore FVG gen-ago 2024 94,1%)	>= 92% (valore gen-ago 2024 94,3% 99,5% pediatrico 90,7% spilim.-s.vito)	
A.2.4.2 Pronto soccorso: OBI, Triage e gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso	Bersaglio C16.10	Diminuzione della % di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore	< 7,80% (valore FVG gen-ago 2024 6,63%)	< 6,00% (valore gen-ago 2024 6,07%)	
A.2.5 Rete Cure palliative	A.2.5.a	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° UCP dom attive entro il 31.12.2025	13 (di cui 1 pediatrica)	4 (di cui 1 pediatrica)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
A.2.5 Rete Cure palliative	A.2.5.b	Attuare il Piano regionale di potenziamento delle cure palliative per il periodo di riferimento (DGR 1475 del 22 settembre 2023 e successive modifiche)	N° posti letto di assistenza sanitaria in Hospice attivi al 31.12.2025	122 pl (di cui 4 pediatrici)	30 pl	
A.2.5 Rete Cure palliative	Lea core D30Z	Migliorare il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 65% (FVG valore 2023 53,57% valore gen-ago 2024 56,94%)	> 65% (valore 2023 56,14% valore gen-ago 2024 56,46%)	
A.2.5 Rete Cure palliative	Bersaglio C28.2B	Migliorare i tempi per il ricovero in hospice per malati con patologia oncologica	% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	> 80% (FVG valore 2023 83,58%valore gen-ago 2024 82,23%)	> 80% (valore 2023 81,17%valore gen-ago 2024 80,61%)	
A.2.5 Rete Cure palliative	Bersaglio D32Z	Diminuire il n. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	< 25,0% (FVG valore 2023 24,76% valore gen-ago 2024 23,53%)	<25,0% (valore 2023 27,85%valore gen-ago 2024 20,91%)	
A.2.10 Rete neonatologica e punti nascita	A.2.10.a	Sospensione punti nascita con volume parti sotto soglia	Presenza di punti nascita attivi solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali	Sono attivi i punti nascita solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali che la Regione Friuli Venezia Giulia chiederà per i punti nascita di Tolmezzo e Latisana	Sono attivi i punti nascita solo nelle strutture che nel 2024 hanno realizzato almeno 500 parti, salvo espresse e specifiche deroghe ministeriali che la Regione Friuli Venezia Giulia chiederà per i punti nascita di Tolmezzo e Latisana	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.a	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Raggiungimento dell'obiettivo incrementale 2024 di nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare in attuazione della DGR 745 del 12.5.2023 -PNRR, Missione 6 Salute	n° di soggetti età 65+ presi in carico dall'assistenza domiciliare e trasmessi positivamente a flusso ministeriale SIAD	34.105	8.167	
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.b	Sviluppo della telemedicina	Raggiungimento dei target di prese in carico attraverso i servizi di telemedicina previsti nel POR Telemedicina di cui alle DGR 670/2023 e DGR 1086/2023 T3 2025	Target numerico di prese in carico vigente, secondo le indicazioni della DCS, per l'anno 2025 per l'intervento M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina»	2.898 (valore regionale complessivo) entro il terzo trimestre 2025	
B.1 Percorso di attuazione del programma regionale dell'assistenza territoriale	B.1.d	Casa della Comunità (CdC)	N° di case di comunità hub con gestione delle urgenze non complesse attivate entro il 31.12.2025 attraverso la riconversione degli attuali Punti di Primo Intervento	6	2 (Maniago e Sacile)	
C.1 Governo della domanda e appropriatezza (RAO)	C.1.a	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	% di prescrizioni emesse applicando la classificazione RAO da parte degli specialisti ospedalieri relative a prestazioni per le quali Agenas ha elaborato i RAO dell'indicazione clinica (valori calcolati su prescrizioni effettuate a partire dal 1° luglio 2025)	≥ 95%	≥ 95%	
C.1 Governo della domanda e appropriatezza (RAO)	C.1.b	Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e degli specialisti ambulatoriali interni attraverso l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	% di prescrizioni emesse applicando la classificazione RAO dai medici del ruolo unico di assistenza primaria e dagli specialisti ambulatoriali interni relative a prestazioni per le quali Agenas ha elaborato i RAO dell'indicazione clinica (valori calcolati su prescrizioni effettuate a partire dal 1° luglio 2025)	≥ 95%	≥ 95%	Obiettivo subordinato alla sottoscrizione degli accordi la medicina generale e con gli specialisti ambulatoriali

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Obiettivo LEA NSG D10Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B – monitoraggio ex ante (residenti FVG)	>=90% (valore FVG gen set 2024 61,0%)	>=90% (valore gen set 2024 57,9%)	
C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Obiettivo LEA NSG D11Z	Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	>=90% (valore FVG gen set 2024 63,8%)	>=90% (valore gen set 2024 64,4%)	
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.7	Tumore alla Mammella Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 77,65%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 90,57%)	
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.8	Tumore alla Prostata Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 45,26%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 28,95%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.9	Tumore al Colon Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 82,10%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 73,47%)	
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.10	Tumore al Retto Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 74,70%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 85,71%)	
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.11	Tumore al Polmone Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 86,03%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 47,62%)	
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.12	Tumore all'Utero Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 92,08%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 85,29%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.13	Melanoma Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 78,00%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 75,51%)	
C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica	Bersaglio C10.4.14	Tumore maligno alla Tiroide Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici	>= 90% (valore FVG gen-ago 2024 66,94%)	>= 90% (valore gen-ago 2024 67,74%)	
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.a	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 71,83%)	>=90% (valore gen-ago 2024 90,22%)	
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.b	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 57,78%)	>=90% (gen-ago 2024 66,84%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.c	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità C	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità C erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 64,63%)	>=90% (valore gen-ago 2024 55,58%)	
C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica	C.3.3.d	Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D	% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti	>=90% (valore FVG gen-ago 2024 91,15%)	>=90% (valore gen-ago 2024 89,47%)	
1.1.1 Programma PP1 Scuole che promuovono salute	1.1.1.a	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole: dell'“Approccio globale alla salute”, consistente in cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	Percentuale di istituti scolastici del territorio che aderiscono alla rete di SPS entro il 2025 Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola	>= 30% degli istituti scolastici del territorio aziendale	>= 30% degli istituti	
1.1.1 Programma PP1 Scuole che promuovono salute	1.1.1.b	Promuovere progetti di contrasto alla sedentarietà strutturare attività motorie organizzate (es: didattica all'aperto, pause di salute, attività nei tempi ricreazionali.) con particolare attenzione anche agli aspetti di superamento delle disuguaglianze e l'inclusione dei soggetti fragili. Promuovere progetti educativi basati sulle "Life skills" al fine di accrescere nella popolazione scolastica le abilità e le competenze necessarie per mettersi in relazione efficace con gli altri, per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana e per fare scelte consapevoli di salute.	Almeno un progetto di contrasto alla sedentarietà e un progetto di sviluppo life skill	>= 10% degli Istituti aderenti	>=10% degli istituti	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.1 Programma PP1 Scuole che promuovono salute	1.1.1.c	Negli istituti scolastici aderenti alla rete di SPS si realizzano gli interventi presenti nel documento regionale delle pratiche raccomandate	Percentuale di istituti aderenti alla rete SPS che attuano almeno un intervento	>=50% degli istituti aderenti attuano almeno una pratica	>=50% degli istituti	
1.1.2 Programma PP2 Comunità attive	1.1.2.a	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 socio-economico e di fragilità	I Comuni del territorio realizzano anche in collaborazione con la ASL, programmi di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo	>= 50% dei Comuni del territorio con >= 1 programmi	>= 50% dei Comuni del territorio	
1.1.2 Programma PP2 Comunità attive	1.1.2.a	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 socio-economico e di fragilità	Sono attivi programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	>= n. 1 programma attivo	>= n. 1 programma attivo	
1.1.3 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	1.1.3.a	Realizzazione da parte delle imprese aderenti al Programma nel 2023/24 di interventi previsti dal "Manuale WHP" per ciascuna area indicata nel Documento stesso	Percentuale delle imprese aderenti al programma che realizzano almeno un intervento	% imprese >= 20%	% imprese >= 20%	
1.1.3 Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute	1.1.3.b	Realizzazione da parte delle aziende sanitarie aderenti alla Rete HPH di percorsi di autovalutazione tramite "Strumento di Autovalutazione per l'implementazione degli Standard 2020 per gli Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la salute" e di attivazione di piani di miglioramento	Percentuale delle aziende sanitarie aderenti alla rete HPH che realizzano almeno un intervento di miglioramento sulla base degli standard	% aziende sanitarie >= 90%	% aziende sanitarie >= 90%	
1.1.4 Programma PP4 Dipendenze	1.1.4.a	Potenziamento delle sinergie e le collaborazioni della rete curante, volte alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbidità con altre dipendenze	N° di formazioni congiunte intersettoriali rivolte a MMG e PLS in collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale regionali per l'intercettazione precoce delle situazioni di consumo alcolico a rischio anche di comorbidità con altre dipendenze	>= 3 (almeno 1 per azienda)	>=1	
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.1.5.a	Attivare/ consolidare la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media	Numero di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	1 Accordo	>1	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.1.5.b	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	Numero di eventi formativi	1 evento formativo a carattere regionale	>1	
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.1.5.c	Comunicazione e Informazione Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione, con particolare riferimento alle fasce più a rischio (bambini, anziani)	Numero interventi di comunicazione/informazione alla popolazione generale e ai caregiver (anche in collaborazione con i referenti del PP1, PP2, PP3, e del PL13). Disponibilità di materiale informativo nei servizi per la prima infanzia e a supporto della genitorialità. Pubblicazione sul portale WHP del materiale informativo raccolti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	>=1 intervento di comunicazione per ogni Azienda sanitaria	>=1 intervento di comunicazione	
1.1.5 Programma PP5 Sicurezza negli ambienti di vita	1.1.5.d	Migliorare i dati epidemiologici degli incidenti stradali	n° Report	1 report (obiettivo subordinato al superamento delle criticità legate all'utilizzo di dati sanitari, in forma semi anonimizzata, ai fini della predisposizione di reportistica)	1 report	
1.1.6.1 Obiettivo PP06 Piano mirato di prevenzione	1.1.6.1.a	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni da macchine non conformi presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza machine	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	>=8 imprese	
1.1.6.1 Obiettivo PP06 Piano mirato di prevenzione	1.1.6.1.b	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo dei carrelli elevatori presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale sicurezza machine	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 25 imprese	>=8 imprese	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.1.6.2.a	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione delle cadute dall'alto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale edilizia	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 50 imprese	>=16 imprese	
1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.1.6.2.b	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria nei lavoratori agricoli presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale agricoltura	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 75 imprese	>=23 imprese	
1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.1.6.2.c	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale.	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria, comprese quelle verificate per i Piani Mirati di Prevenzione	>=5% (2.530)	>=643	
1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.1.6.2.d	Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo	Numero di aziende ispezionate da ciascuna Azienda Sanitaria	>=n° realizzato nel 2022 (tolleranza accettabile del 10% per cantieri)	>=n° realizzato nel 2022 (417 cantieri; 43 aziende agricole)	
1.1.6.2 Obiettivo PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	1.1.6.2.e	CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): effettuare attività informative e sorveglianza sanitaria ai cittadini richiedenti, compresi quelli riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	% di visite effettuate che sono state richieste entro il 30.11.2025	>=80%	>=80%	
1.1.6.3 Obiettivo PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.1.6.3.a	Adozione delle buone pratiche in tema di rischio stress lavoro correlato presso le imprese regionali	Numero di imprese estratte tra quelle selezionate nel 2023	>= 3 imprese	>=1 impresa	
1.1.6.3 Obiettivo PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.1.6.3.b	Adozione delle buone pratiche in materia di rischio ergonomico nella raccolta differenziata dei rifiuti presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale rischio ergonomico	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	>= 10 imprese	>= 3 imprese	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.6.3 Obiettivo PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.1.6.3.c	Adozione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria negli addetti alla bonifica amianto presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese, presso cui vengono adottate le buone pratiche	>= 6 imprese per ogni Azienda	>= 6 imprese	
1.1.6.3 Obiettivo PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	1.1.6.3.d	Adozione delle buone pratiche in materia di prevenzione sul rischio cancerogeno da silice libera in edilizia presso le imprese selezionate per il Piano mirato di prevenzione, suddivise per Azienda sanitaria secondo quanto deciso dal Gruppo regionale competente	Numero di imprese presso cui vengono adottate le buone pratiche	100% delle 30 imprese	100% delle 10 imprese assegnate	
1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.1.7.a	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici non allo stadio di prodotti finiti, biocidi, ecc.) o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc.).	N° di controlli per ciascun ispettore REACH-CLP	>= 4	>= 4	
1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.1.7.b	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano pluriennale dei controlli sul mercato dei prodotti cosmetici, per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. cosmetici non allo stadio di prodotti finiti) o su specifici ambiti.	N° controlli per Azienda sanitaria	>=2	>=2	
1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.1.7.c	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli sui prodotti biocidi, per quanto attiene l'ambito di applicazione, le attività di controllo, le imprese/tipo di prodotto, favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici o su specifici ambiti (es. sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare, ecc)	N° controlli per Azienda sanitaria	>=1	>=1	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.1.7.d	Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro interaziendali per l'implementazione delle azioni previste dal Programma PP9 del PRP secondo il modello organizzativo di integrazione già condiviso e adottato dalla DCS con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie.	N. incontri di lavoro ai quali ciascuna Azienda sanitaria ha partecipato	>= 10	>= 10	
1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.1.7.e	Partecipazione al protocollo di studio "Identificazione delle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e sorveglianza epidemiologica della popolazione residente", mediante la descrizione e l'analisi del profilo di salute della popolazione regionale. Ciascuna Azienda Sanitaria parteciperà alla stesura del documento "Profilo di salute" predisponendo la pertinente parte di competenza territoriale.	Documento "Profilo di salute"	1	1	
1.1.7 Programma PP9 Ambiente, clima e salute	1.1.7.f	In continuità con il Protocollo Radon adottato nel 2023 ed in relazione alla recente delibera per l'individuazione delle aree prioritarie in Friuli Venezia Giulia, prevedere l'avvio di campagne di informazione e sensibilizzazione nei Comuni delle suddette aree indirizzate ai proprietari degli edifici interessati attraverso azioni integrate con ARPA. Per ASUGI le suddette attività dovranno essere effettuate anche nelle circoscrizioni "altipiano ovest" e "altipiano est" del Comune di Trieste.	% di Comuni nei quali è stata avviata la campagna informativa	% dei Comuni del territorio con avviata campagna di informazione	>= 30%	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.a	Governance: partecipazione al tavolo tecnico regionale del PNCAR inter-istituzionale/ intersettoriale/ interdisciplinare finalizzato al contrasto dell'AMR	N° di incontri del tavolo tecnico regionale	>= 1	>= 1	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.b	Sorveglianza: Adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Trasmissione dei dati di resistenza secondo il protocollo della sorveglianza AR-ISS, aggiornato dalla Circolare MdS del 25/03/2022 (SÌ/NO)	SÌ	SÌ	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.c	Sorveglianza: Attivazione/mantenimento della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private	Verifica dell'attivazione della sorveglianza dei CRE nelle strutture di ricovero pubbliche e private regionali (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile) (SÌ/NO)	SÌ	SÌ	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.d	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Partecipazione delle Aziende regionali a: 1) Point Prevalence Survey (ECDC-PPS); indagini di prevalenza ripetute sulle ICA e sull'esposizione agli antibiotici (mese di ottobre) 2) Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico – Protocollo Nazionale (da settembre a novembre) 3) SPINUTI: sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nelle unità di terapia intensiva (da gennaio a marzo)	vedi 10.1	vedi 10.1	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.e	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	n° Procedure regionali	>1	>1	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.f	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Utilizzo dei dati restituiti dalla Regione e dal cruscotto specifico di Classyfarm per indirizzare le azioni di riduzione del consumo di antimicrobici (SÌ/NO)	evidenza dell'utilizzo	evidenza dell'utilizzo	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.g	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Adozione delle linee guida nazionali pubblicate per l'uso prudente degli antimicrobici nelle singole specie zootecniche nelle attività di farmacosorveglianza e per promuovere l'uso prudente di antibiotici in ambito veterinario (SÌ/NO)	SÌ	Sì	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.h	Realizzazione di report annuale sulle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) da parte dei Comitati per il controllo delle ICA (CC-ICA)	Esistenza del report relativo all'anno 2024 (SÌ/NO)	entro il 31.7.2025	entro il 31.7.2025	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.j	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (SÌ/NO)	vedi 10.1	vedi 10.1	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.k	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici in ambito umano e veterinario	Inserimento negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, (anche in collaborazione con le altre ASL) I corsi possono essere realizzati per le singole professioni o per insiemi di professioni.	> 1	> 1	
1.1.8 Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza	1.1.8.l	Formazione sanitaria specifica sulla prevenzione delle malattie infettive in generale, e nello specifico sulla prevenzione delle ICA e delle principali malattie infettive degli animali	Inserimento negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, (anche in collaborazione con le altre ASL) per medici, veterinari e farmacisti sulla prevenzione delle malattie infettive in generale, e nello specifico sulla prevenzione delle ICA e delle principali malattie infettive degli animali	> 1	> 1	
1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano	1.1.8.1.a	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	1. Definizione di un protocollo aziendale per la segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico e di eventi di particolare rilevanza come gli outbreak in specifici setting assistenziali	entro il 30 giugno 2025	entro il 30 giugno 2025	
1.1.8.1 Miglioramento della sorveglianza dell'antibiotico resistenza in ambito umano	1.1.8.1.a	Segnalazione tempestiva dei microrganismi con un profilo di multiresistenza o di particolare interesse epidemiologico	2. Adesione alla segnalazione degli eventi definiti dal protocollo	Adesione nel secondo semestre 2025 alla segnalazione almeno nell'80% degli eventi definiti nel protocollo	Adesione nel secondo semestre 2025 alla segnalazione almeno nell'80% degli eventi definiti nel protocollo	
1.1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.1.9.a	Linee guida regionali. Redazione della nuova edizione delle linee guida sulla ristorazione scolastica	Realizzazione a livello regionale della nuova edizione del documento	Evidenza documento redatto	Redazione documento	
1.1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.1.9.c	Presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	Rilevazione in almeno il 70% dei controlli effettuati nelle attività di ristorazione collettiva e in quelle della distribuzione	> = 70%	> = 70%	
1.1.9 Programma PL12 Alimentazione salute e sostenibilità	1.1.9.d	Divulgazione materiale informativo sui temi della sicurezza alimentare tramite i siti aziendali	Pubblicazione di un documento o sintesi di riferimento su tutti i siti aziendali	Evidenza documentale della pubblicazione	Evidenza	
1.1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	1.1.10.a	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età lavorativa, al fine di identificare precocemente e inviare a terapia gli individui affetti da malattia CV per prevenire sia eventi CV che insorgenza di altre malattie croniche non trasmissibili	Effettuare il calcolo del rischio CV, secondo il punteggio SCORE2 e le linee guida europee dei lavoratori visitati dal medico competente delle Aziende Sanitarie regionali	> = 50% dei lavoratori visitati	> = 50% dei lavoratori visitati	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.10 Programma PL13 Screening cardiovascolare e prescrizione dell'attività fisica	1.1.10.b	Promuovere la prescrizione dell'attività fisica e l'adozione di stili di vita sani nei soggetti a rischio CV per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche e migliorare la cura dei fattori di rischio	Potenziare il programma dell'attività fisica (2025)	Attivazione di un centro di prescrizione dell'attività fisica per azienda sanitaria	1	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.a	Aumentare l'adesione al bilancio di salute pre-concezionale	N. visite-esami preconcezionali / N. gravidanze anno 2021 vs anno 2025 x100	Aumento del 50%	+50%	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.b	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di operatori aziendali formati (report dei referenti aziendali)	>=80%	>=80%	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.b	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale delle schede inserite nel portale di donne che allattano al seno nei punti nascita (rilevati alla dimissione)	>=90%	>=90%	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.b	Promozione e sostegno all'allattamento Le Aziende garantiscono iniziative volte alla promozione e protezione dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione e registrazione dei dati.	Percentuale di registrazione del dato sull'allattamento al seno rilevato alla seconda vaccinazione	>=65%	>=65%	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.c	Programma formativo "investire in salute primi 1000 giorni" Le Aziende organizzano almeno un evento formativo inerente al programma nel corso del 2025	Almeno un evento svolto nel corso del 2025 sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita	>= n.1 corso realizzato	>= 1 corso	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.d	Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Percentuale dei nati prematuri < 32° settimana di età gestazionale a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	>=90%	>=90%	
1.1.11 Programma PL14 Investire in salute nei primi 1000 giorni	1.1.11.d	Identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Percentuale dei fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo a cui è stato somministrato il protocollo valutativo per i disturbi del neurosviluppo. Autovalutazione con report aziendale	>=50%	>=50%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.a	Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali	Presentazione di un progetto aziendale per la vaccinazione supplementare per MPR nei soggetti appartenenti alle coorti 1975-2000	progetto aziendale trasmesso alla DCS	progetto aziendale trasmesso alla DCS	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.a	Realizzazione a livello aziendale di almeno un'attività supplementare di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975 – 2000 di migranti: vaccinazione di almeno il 10% delle coorti oggetto di attività supplementari aziendali	% di copertura vaccinale MPR delle coorti 1975 – 2000 di migranti	>=10%	>=10%	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.b	Consolidazione dei servizi di sorveglianza delle Paralisi Flaccida Acuta (PFA) e sorveglianza ambientale impegnandosi a segnalare il 100% dei casi osservati (attività coordinata da ASUFC)	Percentuale dei casi segnalati su quelli osservati	100% segnalazioni su casi osservati	100% segnalazioni	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	LEA NSG P01C	Migliorare la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	> 95% (valore FVG 2022 93,17%)	> 95% (valore 2022 94,43%)	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	LEA NSG P02C	Migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	> 95% (valore FVG 2022 91,46%)	> 95% (valore 2022 93,43%)	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	LEA NSG P03C	Migliorare la copertura vaccinale anti-pneumococcica	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	> 95% (valore FVG 2022 89,68%)	> 95% (valore 2022 91,56%)	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	LEA NSG P04C	Migliorare la copertura vaccinale anti-meningococcica C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	95% (valore FVG 2022 86,48%)	> 95% (valore 2022 89,87%)	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	LEA NSG P05C	Migliorare la copertura vaccinale anti-HPV	Copertura vaccinale anti-HPV Prima dose maschi e femmine	> 70% (valore FVG 2022 19,46%)	> 70% (valore 2022 0,20%)	Si chiede la specifica della coorte
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	LEA NSG P06C	Migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	> 60% (valore FVG campagna 2022 54,17%)	> 60% (valore 2022 58,26%)	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Bersaglio B7.4	B7.4 Bersaglio Migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari.	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> 25% (valore FVG 2022 21,45%)	> 25% (valore 2022 20,60%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.d	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie infettive	% di casi di malattia batterica invasiva da meningococco/pneumococco/emofilo per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo	> 80%	> 80%	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.e	Aumentare la copertura vaccinale per l'antinfluenzale nelle donne gravide	Numero di donne gravide vaccinate in gravidanza per l'antinfluenzale	> 33%	> 33%	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.f	Aumentare la copertura vaccinale per dTPa nelle donne gravide	Numero di donne gravide vaccinate in gravidanza per dTPa	> 33%	> 33%	
1.1.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1.1.12.g	Aumentare la copertura vaccinale dell'influenzale in specifici gruppi a rischio complicanze	Numero soggetti affetti da diabete mellito vaccinati per l'influenza	> 33%	> 33%	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.a.1	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro (non distretto)	Ogni centro di erogazione (ambulatorio, non distretto) deve garantire l'erogazione di almeno 1.400 prestazioni per ambulatorio/centro per anno, anche tramite riorganizzazione dei percorsi	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400	n. prestazioni ambulatoriali >= 1.400	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.a.2	Garantire le prestazioni ambulatoriali in ogni centro	Ogni centro di erogazione (ambulatorio, non distretto) deve garantire almeno il numero di prestazioni erogate nell'anno 2019	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019	n. prestazioni ambulatoriali >= anno 2019	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.b	Erogazione di prime visite e di visite di controllo	Percentuale massima aziendale di visite odontostomatologiche, ortodontiche, pedodontiche e di chirurgia maxillo facciale (sia prime visite che visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate per la branca specialistica	% variabili	<=35%	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.c	Governo delle liste di attesa e gestione delle convenzioni	Trasmissione alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per il tramite del Coordinamento regionale di una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa, sull'attività svolta e di tutte le informazioni previste dalla convenzione stipulata con ASUGI (Sì/NO)	Sì	Sì	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.d	Pianificazione della gestione delle risorse del personale	Trasmissione entro il 31.3.2025 di relazione sullo stato dell'arte dell'offerta odontoiatrica (con numero ore professionisti in servizio al 31.12.2019, al 31.12.2024, personale in procinto di cessare, piano per il mantenimento/potenziamento dell'attività) (SÌ/NO)	Trasmissione relazione entro il 31.3.2025	Trasmissione relazione entro il 31.3.2025	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.e	Riorganizzazione dei servizi	Garanzia di presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita nei centri dove siano attivi i percorsi scolastici (gli Enti possono attivare, o mantenere se già attivo un percorso di odontoiatria scolastica solo in caso di numerosità prestazioni - escluse visite - 2024 superiori a 2019 e se è soddisfatto il rapporto visite su prestazioni indicato per l'obiettivo 1.1.13.b)	Garantita la presa in carico di almeno il 50% dei soggetti visitati nell'ambito dei percorsi di odontoiatria scolastica con patologia da trattare entro i 3 mesi successivi alla visita	Sì	
1.1.13 Programma PL16 Programma regionale di odontoiatria pubblica	1.1.13.g	Riorganizzazione dei servizi	Organizzazione e svolgimento di un servizio di visite (almeno 1/anno), presso le strutture ospitanti, alle persone con disabilità ospitate presso strutture diurne o h/24 (SÌ/NO)	Sì	Sì	
1.2 Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023 e aggiornamento)	1.2.a	Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Evidenza dell'aggiornamento dei piani aziendali e loro applicazione	n. 1 report, entro il 31.3.2025, sugli atti ed azioni adottate nell'anno 2024	n. 1 report, entro il 31.3.2025, sugli atti ed azioni adottate nell'anno 2024 entro il 31.3.2025	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.a	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. interventi ispettivi per settore realizzati / n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	100%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.b	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. audit per settore realizzati/ n. audit per settore programmati per il 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.c	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. valutazioni del rischio realizzate / n. valutazioni del rischio programmate per il 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.d	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. di campionamenti di alimenti effettuati/ n. di campionamenti di alimenti programmati per 2025 da PRISAN. L'indicatore dovrà riportare il dettaglio disgiunto per Servizi Veterinari e per SIAN	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.e	Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale: ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN realizzati / n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN programmati per 2025 da PRISAN	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	P10Z Lea core	Migliorare la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino* * (indicatore composito. Modalità di calcolo riportate nelle Linee per la gestione)	100% (valore FVG 2021 ministeriale: 65,97%)	100%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	P12Z Lea NSG	Migliorare la copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale* * (indicatore composito. Modalità di calcolo riportate nelle Linee per la gestione)	100% (Valore FVG 2021 ministeriale: 98,80%)	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PZ11 Lea NSG	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N. di allevamenti controllati per ciascuna specie in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima specie) x 100	100% (soglia minima accettabile 80%)	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PZ11 Lea NSG	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N di allevamenti controllati per la categoria "altri bovini" in attuazione del PNBA / N di allevamenti controllabili per la medesima categoria) x100	100% (soglia minima accettabile 80%)	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PZ11 Lea NSG	Assicurare l'adeguata copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	(N. di controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione secondo le linee guida applicative del regolamento 1099/2009/ N di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano) x 100.	100% (soglia minima accettabile 80%)	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.f	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Percentuale di controlli effettuati rispetto a quelli previsti per gli atti di interesse di a condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.g	Biosicurezza suini Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti suini ai fini della prevenzione della PSA	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza suini sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.h	Biosicurezza avicoli Verifica dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli ai fini della prevenzione dell'influenza aviaria	Percentuale dei controlli in materia di biosicurezza avicoli sul totale dei controlli indicati dal Ministero della Salute	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.i	Igiene Urbana Veterinaria: Predisporre le attività previste per il passaggio alla Banca dati nazionale (BDN) animali d'affezione	Partecipazione dei referenti aziendali alle attività regionali (riunioni, incontri) propedeutiche alla personalizzazione del programma informatico BDN animali d'affezione	100%	100%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.j	Igiene Urbana Veterinaria: garantire l'attività di controllo sanitario sui canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione inviando i verbali alla DCS	Percentuale di canili convenzionati e gli allevamenti degli animali d'affezione ispezionati	100%	100%	
1.3 Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	1.3.k	Avvio ed utilizzo del sistema GISA per l'Area Sanità Animale (Area A), per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) e SIAN. Avvio sperimentale del sistema GISA per l'Area Igiene Pubblica per la gestione delle attività di controllo ufficiale (programmazione, inserimento e rendicontazione)	Report con evidenza dell'avvio integrale di tutti i sistemi	Avvio ed utilizzo al 100% dei sistemi entro il 31/12/2025	100% utilizzo sistemi	
1.4 Sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI D'Argento	1.4.c	Elaborazione dati sugli stili di vita e invio report per le Aziende Sanitarie	Report stili di vita	n. 1 report, entro il 31 dicembre 2025	Collaborazione agli studi Diffusione dei risultati	
1.5 Attività di screening	1.5.c	Piani audit aziendali	Approvazione da parte delle Aziende di 1 piano audit per Azienda con riguardo ai percorsi di screening 2026, secondo le indicazioni metodologiche di ARCS	31.12.2025	31.12.2025	
1.5.1 Screening Cervice Uterina	1.5.1.a	Adesione allo screening della cervice uterina (popolazione riferimento donne obiettivo 25-65 anni)	% adesione alla proposta di screening della cervice uterina	≥64% donne convocate (valore FVG 2023 75,25%)	>= 68% (valore 2023 80,34%)	
1.5.1 Screening Cervice Uterina	1.5.1.d	Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 5 settimane dal referto positivo del primo livello	>= 90% appuntamento entro 5 settimane (valore FVG 2023 33,1% valore gen lug 30,86%)	>= 90% (valore 2023 17,24%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.5.2 Screening mammografico	1.5.2.a	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni).	≥64% donne convocate (valore FVG 2022 57,05%)	≥64% (valore 2023 58,17%)	
1.5.2 Screening mammografico	1.5.2.b	Garantire le tempistiche di approfondimento diagnostico dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con approfondimenti di secondo livello entro 28 gg da esito positivo mammografia di primo livello	≥90% (valore FVG 2022 82,05%)	>= 90% (valore 2023 85,76%)	
1.5.2 Screening mammografico	1.5.2.c	Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	<10% (valore FVG 2023 8,99%)	< 10% (valore 2023 3,74%)	
1.5.2 Screening mammografico	1.5.2.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	≥85% (valore FVG 2022 82,94%)	>= 85% (valore 2023 86,02%)	
1.5.3 Screening colon retto	1.5.3.a	Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 50-74 anni).	≥60% popolazione convocata (valore FVG 2023 54,58%)	≥60% (valore 2023 56,97%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
1.5.3 Screening colon retto	1.5.3.b	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95% (valore FVG 2023 95,23%)	≥95% (valore 2023 81,43%)	
1.5.3 Screening colon retto	1.5.3.c	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt: ≥90%	>= 90% (valore FVG 2023 60,89%)	>= 90% (valore 2023 51,91%)	
1.5.3 Screening colon retto	1.5.3.d	Assicurare la risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	>=85% (valore FVG 2023 80,02%)	>=85% (valore 2023 56,77%)	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 4,00 (valore FVG 2023 8,14)	>= 4,00 (valore 2023 8,21)	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 3,00 (Valore FVG 2023 3,83)	>= 3,00 (valore 2023 2,50)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Lea NSG D22Z	Miglioramento del tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3).	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2,00 (Valore FVG 2023 1,09)	>= 2,00 (valore 2023 1,25)	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Lea NSG D27C	Miglioramento della percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<= 6,00 (Valore FVG 2023 7,19%)	<= 6,00 (valore 2023 8,83%)	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	LEA NSG D04C	Mantenimento/miglioramento del tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	<= 81	<= 81	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	LEA NSG D05C	Mantenimento/miglioramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	<60	<60	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Lea NSGD06C	Mantenimento/miglioramento del tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	<20 (valore FVG 2023 21,15)	<20 (valore 2023 18,64)	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Bersaglio C13A.2.2.1	Migliorare il tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	<25,00 (valore FVG 2023 31,86%)	<40,00 (valore 2023 43,61)	
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Bersaglio C13A.2.2.2	Migliorare la percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	Percentuale di pazienti che ripetono le RM colonna entro 12 mesi	<10% (valore FVG 2023 12,68%)	<11% (valore 2023 11,26%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
2.1 Particolari obiettivi di miglioramento o mantenimento di adeguati standard qualitativi	Bersaglio C9.1	Migliorare il consumo di inibitori di pompa protonica sul territorio	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	< 30 (valore FVG 2023 30,91)	< 30 (valore 2023 33,50)	
2.2 Medicina convenzionata	2.2.a	Avvio delle AFT come previsto da ACN 2024.	Formalizzazione accordo aziendale per il funzionamento delle AFT	Entro 30.04.2025	Entro 30/04/2025	
2.2 Medicina convenzionata	2.2.a	Avvio delle AFT come previsto da ACN 2024.	Individuazione referenti AFT	Entro 31.05.2025	Entro 31.05.2025	
2.2 Medicina convenzionata	2.2.a	Avvio delle AFT come previsto da ACN 2024.	% di AFT che ha verbalizzato almeno un incontro entro il 30/06/2025	100%	100%	
3.1 Attività di presa in carico e unità di valutazione multidimensionale	3.1.a	Definire a livello istituzionale i processi che consentono percorsi di presa in carico integrata, con riferimento al funzionamento dell'équipe di valutazione	Invio alla Direzione regionale dell'evidenza dell'adozione dei protocolli di funzionamento dell'UVM, comuni all'ASS e agli ATS di competenza territoriale	Invio entro il 31.12.2025	Accordo entro il 31.12.2025	
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.a	Partecipazione attività propedeutiche all'accreditamento definitivo dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani	Partecipazione ad almeno 2 incontri su indicazione della DCS	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.b	Realizzazione della sperimentazione "Domiciliarità comunitaria" (1964/2021 e DGR 1376/2024)	Nei territori pilota Adozione di determina a conclusione della procedura di coprogettazione avviata con i soggetti del Terzo Settore attuatori dei servizi/interventi volti a soddisfare i bisogni rilevati nella fase di coprogrammazione	Entro 30.06.2025	Entro 30.06.2025	
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.b	Realizzazione della sperimentazione "Domiciliarità comunitaria" (1964/2021 e DGR 1376/2024)	Attivazione di progetti personalizzati finanziati con budget personale	Almeno 20 progetti entro 31.12.2025	Almeno 4 progetti entro 31.12.2025	
3.2 Non autosufficienza anziani	3.2.c	Implementazione del PDTA delle demenze secondo indicazioni (DGR 1413/2023)	Attivazione dei CDCD secondo le indicazioni del PDTA delle demenze	Entro 31.12.2025	Entro 31.12.2025	
3.3 Disabilità	3.3.a	Accertare la condizione di gravissima disabilità garantendo il rispetto delle tempistiche previste dall'art. 13 del regolamento del FAP	Numero di accertamenti per i quali si è rispettato il termine previsto dall'art. 13, co. 2 lett. b) del regolamento attuativo rispetto al totale degli accertamenti effettuati nel 2025 per l'accesso all'art. 9 del FAP	70%	70%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
3.3 Disabilità	3.3.b.1	Rivalutazione delle persone con disabilità in carico con Q-VAD	% persone in carico valutate con Q-VAD e relativi dati inseriti nel sistema informatico dedicato	100% entro 31/12/2025	100%	L'applicativo regionale va adeguato per poter procedere ad un suo pieno utilizzo, come già indicato alla Regione nel corso del 2023. In relazione alla compilazione della sezione sanitaria di Q-VAD si propone che la Regione si faccia promotrice di un confronto con le rappresentanze dei MMG in considerazione del fatto che costituiscono fonte informativa essenziale e delle difficoltà che il personale aziendale ha riscontrato nel contatto e recupero completo dei dati con i MMG. Non si garantisce quindi l'inserimento delle valutazioni a sistema. Si propone la modifica del target ASFO: garantire la presenza di una valutazione (o inserite nell'applicativo o su supporto cartaceo) per il 90% delle persone valutabili
3.3 Disabilità	3.3.b.2	Formazione con corso FAD Q-VAD e abilitazione al sistema informatico dedicato del personale della SOC disabilità	% personale formato e abilitato	50% entro 31/12/2025	50%	
3.3 Disabilità	3.3.c	Partecipare alle attività del costituendo tavolo di lavoro regionale finalizzato alla definizione delle procedure nelle Aziende per l'accesso delle persone con disabilità ai servizi sanitari (in emergenza-urgenza, in regime ambulatoriale e di ricovero)	Partecipazione al tavolo di lavoro. Applicare le procedure.	vedi obiettivi 3.3.1	vedi obiettivi 3.3.1	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.a.1	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Individuazione all'interno del PS di un locale/spazio separato per l'attesa della visita, sia per il disabile che per l'assistente	ubicazione del locale/spazio separato comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.01.2025	ubicazione del locale/spazio separato comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 31.01.2025	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.a.2	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Disponibilità nel PS di almeno un lettino visita per obesi, di un solleva malati e dei presidi antidecubito	Effettiva disponibilità delle dotazioni nel PS al 30.06.2025	Effettiva disponibilità delle dotazioni nel PS al 30.06.2025	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.a.3	Migliorare per le persone con disabilità, sia fisica che cognitiva, la qualità dell'accoglienza in Pronto Soccorso	Vigenza di procedura aziendale che garantisce la costante presenza nel PS del familiare/assistente	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	La procedura aziendale di garanzia è adottata e comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.b.1	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Esistenza di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	La procedura aziendale di garanzia è comunicata dalla Direzione dell'Ente alla DCS e ad ARCS entro il 30.06.2025	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.b.2	Migliorare per le persone con disabilità sia fisica che cognitiva, la qualità della permanenza in reparto di degenza	Effettiva applicazione di procedura aziendale che garantisce, se necessario ai fini assistenziali, la presenza nel reparto di degenza di un assistente che copra le ore in cui non è presente il familiare/assistente abituale	La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.08.2025	La procedura aziendale di garanzia è applicata entro il 31.08.2025	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.c	Rendere agevole l'accesso a prestazioni ambulatoriali (visite, esami di laboratorio, esami radiologici, ...) per persone con grave disabilità, sia fisica che cognitiva	Regolamentazione organizzativa e procedurale aziendale della possibilità di accedere al servizio con orario prestabilito e concordato per le persone con grave disabilità che devono effettuare prestazioni ambulatoriali	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto	Entro il 30.06.2025 è istituito il percorso facilitato e protetto accessibile attraverso la Direzione medica almeno in uno stabilimento ospedaliero aziendale ed in un distretto	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.d.1	Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità	Esistenza di piano aziendale di controllo odontoiatrico nelle comunità che ospitano gravi disabili	Piano aziendale adottato entro il 30.06.2025	Piano aziendale adottato entro il 30.06.2025	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.d.2	Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità	Avvio applicazione piano di controllo odontoiatrico nelle comunità che ospitano gravi disabili	Avviata l'applicazione del piano entro il 30.10.2025	Avviata l'applicazione del piano entro il 30.10.2025	
3.3.1 Tutela della salute delle persone con disabilità' cognitiva o fisica	3.3.1.d.3	Migliorare le cure odontoiatriche a favore delle persone con grave disabilità	Individuazione di almeno un ambulatorio per Stabilimento ospedaliero con caratteristiche adeguate al trattamento odontoiatrico di persone con gravi disabilità	Formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025	Formalizzazione individuazione aziendale degli ambulatori idonei entro il 30.10.2025	
3.4 Minori	3.4.a	Stipulare accordi/protocolli operativi tra AS e SSC per la costituzione di equipe multiprofessionali funzionali all'affido familiare, anche sovradistrettuale	Presenza protocollo	Entro 31.12.2025	Presenza protocollo	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
3.4 Minori	3.4.b	Garantire ai minori con bisogni complessi in carico ai Servizi di neuropsichiatria l'attivazione di un progetto personalizzato	% di progetti personalizzati con budget di salute a favore di minori con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point Npia	100%	100%	Si precisa che non è stato condiviso nessuno schema con la NPIA, quindi andrà valutato come lo schema proposto dal livello regionale sia fruibile all'interno delle logiche operative già consolidate all'interno del servizio. A parziale modifica di quanto proposto dalla LLGG 2025, si propone che l'indicatore per il 2025 sia formulato come "sperimentazione dello strumento proposto dalla Regione e successivo riscontro degli esiti".
3.5 Consultori familiari - attività sociosanitaria	3.5.a	Garantire alle famiglie d'origine di minori in affido incontri di supporto per il recupero delle competenze genitoriali	Ad almeno 10 famiglie d'origine con un minore in affidamento vengono garantiti 2 incontri di supporto alla genitorialità	Entro 31.12.25	10 famiglie, 20 incontri	
3.6 Salute mentale e dipendenze	3.6.a.1	Qualificazione dei programmi di riabilitazione e inclusione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione	Adesione all'attività di mappatura regionale dei programmi riabilitativi e di inclusione sociale attivati dalle Aziende, con particolare riferimento alla funzione residenziale e semiresidenziale	>=3	>=1	
3.6 Salute mentale e dipendenze	3.6.a.2	Qualificazione dei programmi di riabilitazione e inclusione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione	% di progetti personalizzati rivolti alle persone con bisogni complessi inseriti nel sistema informativo Point pSM entro 30 giorni dalla presa in carico	100%	100%	
3.6 Salute mentale e dipendenze	3.6.b.1	Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	Monitoraggio semestrale dei PTRI sostenuti da BdS per fasce d'età, sesso, comorbidità, tipologia di dipendenza e di programma di riabilitazione e inclusione	Report a DCS al 30 giugno e al 31 dicembre	2 report	
3.6 Salute mentale e dipendenze	3.6.b.2	Miglioramento della presa in carico integrata delle persone con dipendenza patologica, qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti	Trasmissione alla DCS dei dati relativi agli inserimenti in comunità terapeutica intra ed extraregione, acquisiti secondo il modello messo a disposizione dalla DCS	entro il 31 marzo 2025	Si/no	In attesa del modello della DCS
3.6 Salute mentale e dipendenze	3.6.c	Valorizzare l'apporto delle persone esperte in supporto tra pari, delle associazioni di famigliari e degli ETS	Realizzazione di focus group per la valutazione partecipata del grado di adesione agli elementi qualificanti della metodologia del Budget di salute	>=9	>=3	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Lea NSG H04Z	Migliorare il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 0,15 (valore FVG gen ago 2024 0,22)	<= 0,15 (valore gen ago 2024 0,21)	
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Lea NSG H05Z	Migliorare la proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90 (valore FVG gen ago 2024 73,66)	>= 90 (valore gen ago 2024 58,65)	
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Bersaglio C2A.M	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG medici	Indice di performance degenza media-DRG medici	<0,00 (valore FVG 2023 0,5)	<0,00 (valore 2023v-0,28)	
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	Bersaglio C2A.C	Migliorare l'indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	<0,00 (valore FVG 2023 1,04)	<0,00 (valore 2023 0,36)	
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	LeaNSG H13C	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali HUB)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali HUB)	>= 65% (valore FVG gen ago 2024 71,86%)	>= 65% (valore gen ago 2024 77,55%)	
4.1 Appropriatelyzza e efficienza operativa	LeaNSG H13C	Migliorare la % di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali SPOKE)	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Ospedali SPOKE)	>= 80% (valore FVG gen ago 2024 59,86%)	>= 80% (valore gen ago 2024 29,49%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
4.2 Assistenza materno infantile	Bersaglio C7.3	Migliorare la % di episiotomie depurate (NTSV)	% di episiotomie depurate (NTSV)	< 20%	< 20%	
4.2 Assistenza materno infantile	Bersaglio C7.6	Migliorare la % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< 7,5%	< 7,5%	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.a	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	% di puerpere a cui è somministrato il test Edinburgh Postnatal Depression Scale tra 15 e 45 gg dal parto	>=75%	>=75%	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.a	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	N° di ore settimanali schedate in agenda di consulenza psicologica dedicata al progetto	>=2 ore per distretto	>=2 ore per distretto	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.a	Screening della depressione post partum ed eventuale presa in carico dal servizio specialistico.	% di donne segnalate alla psichiatria che sono prese in carico	100%	100%	
4.2 Assistenza materno infantile	4.2.b	Le Aziende adempiono alle rilevazioni previste dal Programma nazionale: "Interruzioni volontarie della gravidanza", "Dimesse dagli istituti di cura per Aborto spontaneo" e "Indagine rapida sulle donne dimesse per aborto spontaneo (DLgs 322/1989)	% di schede compilate e inserite nello specifico sistema informativo entro le scadenze stabilite	100%	100%	
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.a	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017 su organizzazione dei Coordinamenti locali Ospedalieri per il Procurement (COP)	N° incontri per ogni COP	5 incontri	5 incontri per COP	
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.a	Attuazione accordo Stato-Regioni del 14.12.2017 su organizzazione dei Coordinamenti locali Ospedalieri per il Procurement (COP)	Ogni COP redige una relazione annuale e la invia al Centro Regionale Trapianti	Entro il 31.12.2025	1 relazione entro il 31.12.2025	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.b	Mantenimento del numero di trapianti di rene	Il numero di trapianti di rene	congruente con gli anni precedenti	Ogni SC di nefrologia regionale segnala almeno una coppia al responsabile regionale	
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.c	Incremento donazione cornee	% donazioni di cornee rispetto alle persone decedute in ospedale e hospice di età compresa tra 4 e 80 anni	>=5%	>=5%	
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.d	Monitoraggio registro Pazienti deceduti per lesione cerebrale acuta DLCA	N° Relazione su rapporto tra pazienti deceduti presenti nel registro e SDO trasmesse al Centro Regionale trapianti	2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026) per ogni azienda	2 relazioni (1 entro 31.07.2025 e 1 entro il 31.01.2026)	
4.3 Trapianti e donazioni	4.3.e	Incrementare il N° di donatori	Percentuale di ACM (accertamenti di morte cerebrale) sul totale dei pazienti con cerebrolesione deceduti in Terapia Intensiva:	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa da ogni azienda al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)	>= 30% (certificato da una relazione trasmessa al Centro regionale trapianti entro il 31.01.2026)	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.a	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi per azienda di residenza secondo target S. Anna	% abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	% abbandono < classi target Bersaglio S.Anna anno 2023	<= 22,40 (valore 2023 22,40%)	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.b	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	-Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2023: alta aderenza ≥ 39,4%, bassa aderenza ≤ 19,4%.)	% alta aderenza > 39,4% o mantenimento valore aziendale 2024	>= 39,4% (valore 2023 33,33%)	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.c	Aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Indicatori di aderenza – criteri OSMED (regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2023: alta aderenza ≥ 39,4%, bassa aderenza ≤ 19,4%.)	% bassa aderenza < 19,4% o mantenimento valore aziendale 2024	<= 19,4% (valore 2023 21,90%)	
5.2 Indicatori di appropriatezza in ambito territoriale	5.2.d	Percentuale di prescrizioni di antibiotici appartenenti al gruppo Access (DDD), cioè quelli di prima scelta in base alla classificazione AWaRe, deve risultare maggiore del 60% dell'uso complessivo di tutti gli antibiotici prescritti.	% prescrizioni di antibiotici Access nell'ambito dell'assistenza convenzionata (DDD)	Access ≥ 60% (DDD)	Access ≥ 60%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.a	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Inserimento della residenza del paziente per tutti i farmaci medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria.	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	> 90%	> 90%	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.b	PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM, pari al 95%, per i medicinali erogati in distribuzione diretta nominale mediante lo stesso applicativo.	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM	mantenimento	mantenimento (valore gen-set 2024 99,3%)	Si chiede la modifica del target con >=99% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.c	Riduzione della quota di prescrizioni con iter cartaceo, rispetto all'anno precedente	% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM - iter cartaceo (al netto di registri AIFA o pz extra-regione)	% iter cartaceo 2025 < %iter cartaceo 2024	% 2025 <% 2024	Si chiede la modifica del target con <=3% delle prescrizioni di medicinali erogati in distribuzione diretta nominale effettuate con il sistema PSM iter cartaceo - (al netto di registri AIFA o pz extra - regione)
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.d	Prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'applicativo PSM-PT (mantenimento > 75%)	% di ricorso alla prescrizione informatizzata tramite applicativo PSM-PT per tutti i pazienti: ≥75%. Per gli IRCCS la % di PT informatizzati ≥ 75%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (distinti in informatizzati + cartacei) e comunicato formalmente alla DCS entro il 15.04.2026	≥ 75%	≥ 75% (valore gennaio-giugno 2024 75%)	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.e	Sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo del PSM-PT in almeno 5 categorie di medicinali/principi attivi per i quali si osserva un ricorso al PT cartaceo >= 50%	Aumento % PT informatizzati per le 5 categorie con PT cartaceo rilevato nel 2024 >= 50%	PT cartaceo < 50% nelle 5 categorie	<50%	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.f	Avvio dell'iter per l'integrazione dei sistemi informativi delle case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici per la successiva integrazione con Sistema TS.	Esecuzione delle attività di configurazione, installazione, connettività, formazione e avviamento dell'applicativo PSM-PT nelle Case di Cura private accreditate di competenza.	30.04.2025	Report sulle attività di configurazione (definizione delle risorse e loro attribuzione alle strutture accreditate, abilitazioni degli operatori e associazione dei farmaci prescrivibili). 30.04.2025	
5.3 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	5.3.f	Avvio dell'iter per l'integrazione dei sistemi informativi delle case di cura private accreditate con l'applicativo PSM-PT per la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici per la successiva integrazione con Sistema TS.	Esecuzione delle attività di configurazione, installazione, connettività, formazione e avviamento dell'applicativo PSM-PT nelle Case di Cura private accreditate di competenza.	30.09.2025	Report sullo stato di installazione (n. di postazioni e connessioni VPN), attività di formazione e avviamento. 30.09.2025	
5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	5.4.a	A seguito dell'adesione alla gara CONSIP, avvio della DPC delle strisce per la misurazione della glicemia nell'Azienda Pilota (ASFO) da gennaio 2025, con successivo ampliamento a tutta la regione dopo sei mesi complessivi di sperimentazione in ASFO (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023)*	sperimentazione DPC strisce in ASFO a regime.	DPC strisce a regime in ASFO entro il 30.06.2025	Report avvio e andamento sperimentazione 30.04.2025	
5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	5.4.a	A seguito dell'adesione alla gara CONSIP, avvio della DPC delle strisce per la misurazione della glicemia nell'Azienda Pilota (ASFO) da gennaio 2025, con successivo ampliamento a tutta la regione dopo sei mesi complessivi di sperimentazione in ASFO (art. 12.6 e 12.7 dell'allegato alla DGR 1007/2023)*	DPC strisce regionale a regime entro il 30.11.2025	DPC strisce regionale a regime entro il 30.11.2025	Report andamento 30.11.2025	
5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	5.4.b	ARCS assieme a DCS, AS/ASU e le Associazioni di categoria delle farmacie attua una revisione della progettualità sulla Farmacia dei servizi proposta nel 2024 (art.17.5 Accordo) da presentare al tavolo tecnico DPC	Revisione progettualità sulla Farmacia dei servizi (area diabete) da presentare al tavolo tecnico della DPC e alla DCS entro il 31.03.2025	31.03.2025	Partecipazione attività e avvio pilota	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.4 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	5.4.b	Avvio progettualità nell'Azienda pilota (ASFO)	Avvio progettualità in ASFO entro il 30.06.2025	30.06.2025	Avvio pilota	
5.5 Farmacovigilanza	5.5.a	Organizzazione di almeno due eventi Aziendali accreditati ECM e finalizzati alla formazione e sensibilizzazione in ambito di farmacovigilanza.	Numero eventi di farmacovigilanza rendicontati in occasione delle riunioni semestrali di farmacovigilanza organizzate dal CRFV ≥ 2	≥ 2	≥ 2	
5.5 Farmacovigilanza	5.5.b	Incremento del numero di segnalazioni delle Sospette Reazioni Avverse (ADR) da medicinali presenti nell' Elenco dei Registri di monitoraggio AIFA attivi.	(SRNF2025 – SRNF2024)/SRNF2024*100 $\geq 15\%$ SRNF2025 $\geq 10^{**}$ SRNF: segnalazioni nell'anno di riferimento ** Condizione valida se SRNF2024 ≤ 5	Variazione indicatore $\geq 15\%$ SRNF2025 $\geq 10^{**}$	Variazione indicatore $\geq 15\%$ SRNF2025 $\geq 10^{**}$	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.c	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo in tutti i casi in cui risulti disponibile il medicinale equivalente	% uso farmaco a brevetto scaduto a minor costo 2025 vs % uso 2024	% uso molecole a brevetto scaduto a minor costo 2025 > % uso 2024	$\Delta \% > 0$ 2025-2024	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.d	Incremento % utilizzo molecole a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	% d'uso del farmaco a brevetto scaduto a minor costo rispetto all'originatore e alla classe ATC4 prima e dopo la "genericazione"	Variazione % positiva farmaco a brevetto scaduto vs originatore 2024-2025	$\Delta \% > 0$ 2025-2024	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.e	Le Aziende, in linea con le raccomandazioni per un utilizzo costo-efficace e tenuto conto dell'equivalenza terapeutica, favoriscono l'utilizzo del p.a. bevacizumab intravitreale (anche biosimilare) o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n° 98 Per gli altri intravitreali favorire farmaco generico/biosimilare se disponibile	% di consumo (U.P.) di bevacizumab intravitreale* o di altro p.a. con valutazione complessiva favorevole (prestazione + farmaco) rispetto al totale dei consumi (U.P.) di farmaci anti-VEGF definiti dalla Nota AIFA n°98 % di consumo (U.P.) di biosimilare/generico vs originator *Il numeratore (UP Bevacizumab) potrà essere aggiornato in funzione di valutazioni ulteriormente favorevoli su altri p.a.	Bevacizumab >= 40% (valore gen-ott '24: 23%)	>=40% (valore gen-ott 2024: 35,0%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.f	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per l'INSULINA GLARGINE	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'insulina glargine (ATC5 Insulina Glargine: A10AE04 - TOUJEO come biosimilare- AIC 043192347-E0806601)	>= 93% (valore gen-ott 2024: 90,43%)	>=93% (valore gen-ott 2024 88,94%)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.g	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per la FOLLITROPINA	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per la follitropina (ATC5 Follitropina: ATC5: G03GA05, G03GA06, G03GA10)	>= 77% (valore gen-ott 2024 73,97%)	>=75% (valore gen-ott 2024 72,29%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.h	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ADALIMUMAB	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'Adalimumab (ATC5 Adalimumab: L04AB04)	Mantenimento 2024 (valore gen-ott 2024: 91,86%)	Mantenimento 2024 (valore gen-ott 2024 90,86%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.i	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare rispetto al farmaco originator per ETANERCEPT	% di consumo di farmaci biosimilari rispetto al farmaco originator per l'etanercept (ATC5: L04AB01 -escluso ENBREL 25 mg 4 fiale LYO-AIC 034675037 e ENBREL*BB SC 4FL10MG+4FL1ML+8T-AIC 034675215)	>= 90% (valore gen-ott 2024 85,84%)	>=90% (valore gen-ott 2024 82,06%)	
5.6 Misure di miglioramento dell'appropriatezza e economicità della gestione farmaceutica	5.6.j	Incremento di utilizzo del farmaco biosimilare OMNITROPE (1°graduatori gara farmaci biologici SOMATROPINA) in DPC	% di consumo di farmaco OMNITROPE rispetto al totale consumo farmaci con principio attivo SOMATROPINA in DPC (ATC5 Somatropina: H01AC01)	>= 72% (valore gen-ott 2024 68,22%)	>=75% (valore gen-ott 2024 74,23%)	Da considerare l'induzione della prescrizione principalmente dal Burlo (la nostra Pediatria prescrive pochissimo e non influisce sul risultato finale) Si chiede lo STRALCIO dell'obiettivo
5.7 Assistenza integrativa	5.7	Vincolo di spesa dei microinfusori per il diabete.	Rispetto del limite di spesa per la fornitura dei dispositivi per il monitoraggio intermittente della glicemia (flash glucose monitoring) dei pazienti diabetici residenti in FVG	<=2.500.000 €	<=623.502 €	
5.7 Assistenza integrativa	5.7.a	Nel 2025 le aziende sanitarie migliorano il monitoraggio dei dispositivi dell'assistenza integrativa implementando l'utilizzo dello strumento informatico dedicato	Le aziende sanitarie registrano su PSM2-AFIR le erogazioni dei dispositivi di assistenza integrativa (allegato 2 e allegato 3 al DPCM 12 gennaio 2017) effettuate a favore degli aventi diritto. Portano a regime l'attività entro il 31 maggio 2025 Modalità di valutazione: erogazioni registrare: si/no	a regime entro il 31.05.2025	a regime entro il 31.05.2025	
5.8 Assistenza protesica	5.8.a	Miglioramento del governo regionale dell'assistenza protesica con attivazione del gruppo tecnico regionale e produzione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Partecipazione degli operatori esperti delle aziende alle attività del gruppo tecnico regionale sull'assistenza protesica	Partecipazione degli operatori esperti degli enti alle attività del gruppo tecnico	Partecipazione degli operatori esperti degli enti alle attività del gruppo tecnico	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.8 Assistenza protesica	5.8.a	Miglioramento del governo regionale dell'assistenza protesica con attivazione del gruppo tecnico regionale e produzione delle linee guida per l'implementazione dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	Produzione delle linee guida per l'implementazione della raccolta dei dati delle forniture e delle attività di assistenza protesica	produzione delle linee guida entro il 31.12.2025	collaborazione con DCS	
5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici	5.9.a	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	ridurre il numero delle referenze scartate dal flusso consumi DM nel 2025 rispetto al 2024	ridurre il numero delle referenze scartate dal flusso consumi DM nel 2025 rispetto al 2024	
5.9 Flussi informativi dei dispositivi medici	5.9.a	Nel 2025, gli Enti del SSR garantiscono il raggiungimento degli adempimenti LEA relativamente ai flussi dei DM (flusso dei consumi e flusso dei contratti)	Ogni Ente migliora la qualità del debito informativo dei DM consumati verso il Ministero della salute. L'attività è monitorata dal Tavolo di lavoro sui DM in collaborazione con Insiel.	ridurre la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024	ridurre la spesa relativa al flusso consumi dei beni di consumo DM scartato nel 2025 rispetto al 2024	
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Ogni Ente assicura la piena attività della dispositivo-vigilanza all'interno della propria organizzazione attraverso l'individuazione dei Responsabili locali di vigilanza (RLV) e dei loro sostituti senza soluzione di continuità. Distintamente per i DM e per gli IVD nei casi previsti.	Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza	Ogni Ente comunica tempestivamente ai Responsabili regionali di dispositivo-vigilanza (RRV) ogni modifica/sostituzione dei Responsabili locali di vigilanza	
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono costantemente attivo il profilo	I. tutti i RLV (titolari e sostituti individuati) effettuano il primo accesso a NSIS e mantengono costantemente attivo il profilo	
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute	II. i RLV assicurano la validazione del 100% delle segnalazioni d'incidente ricevute	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.a	Nel 2025, gli Enti del SSR assicurano gli adempimenti LEA comunicati con la nota prot. n. 175313, del 15/03/2024, per le parti di competenza	Gli Enti assicurano il raggiungimento del 100% degli indicatori 3, 4 e 5 di cui alla citata nota	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta (questo indicatore sarà misurato a seguito di adeguata implementazione degli applicativi informatici)	III. I RLV validano entro 3 giorni la segnalazione d'incidente grave ricevuta (questo indicatore sarà misurato a seguito di adeguata implementazione degli applicativi informatici)	
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.b	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	Almeno un operatore sanitario di ogni Struttura complessa/SSD sanitaria ha superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza	al 31/12/2025	al 31/12/2025	
5.10 Dispositivo-vigilanza	5.10.b	Gli Enti favoriscono la formazione degli operatori sanitari in tema di dispositivi-vigilanza	Almeno due operatori sanitari di ogni Dipartimento di salute mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione e Distretto hanno superato positivamente il corso FAD regionale di dispositivo-vigilanza	al 31/12/2025	al 31/12/2025	
5.11 Attività di coordinamento in materia di dispositivi medici	5.11.a	Gli Enti assicurano azioni di miglioramento nella gestione dei dispositivi medici	Gli Enti danno seguito alle attività concordate negli incontri del tavolo di monitoraggio e presentano una sintetica relazione descrittiva dell'attività svolta che sarà allegata al verbale dell'incontro	Trasmissione ad ARCS della relazione delle attività svolte, secondo quanto riportato dal verbale della riunione precedente, entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva	Trasmissione ad ARCS della relazione delle attività svolte, secondo quanto riportato dal verbale della riunione precedente, entro 3 gg lavorativi antecedenti alla data fissata per la riunione successiva	
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.b	Governare la spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera: guanti CND T01, siringhe CND A02, dispositivi di assorbenza CND T040) per punto DRG	<=23 € (valore gen-sett 2024: 22,84 € dato 2023 23,86€)	<=18 € (valore gen-sett 2024: 18,12 valore 2023 19,29€)	
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.c	Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo ospedaliero * * Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista".	costo medicazioni (CND M)/ giornata di degenza	<=5,30 € (valore gen-ott 2024: 5,47 € valore 2023 4,98 €)	<=4,00 € (valore gen-ott 2024: 4,05 valore 2023 4,46 €)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.d	Governo della spesa per medicazioni generali e specialistiche utilizzo territoriale** ** Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 02 "Altra struttura sanitaria", destinazione "04-In assistenza domiciliare, destinazione utilizzo "diretta".	costo medicazioni (CND M)/ n. giornate di assistenza in ADI	<=3,80 € (valore gen-sett 2024: 3,89 € Valore 2023 4,39 €)	<=3,90 € (valore gen-sett 2024: 3,93 € Valore 2023 4,30 €)	
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.e	Governo della spesa media per protesi d'anca* * Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista".	Costo protesi d'anca (dispositivi ortopedici CND P0908)/punti DRG per ricoveri 81.51; 81.52; 81.53;00.85; 00.86; 00.87; 00.70; 00.71; 00.72; 00.73. Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60)	<740 € (valore gen-sett 2024: 722,74 € Valore 2023 756,80 €)	<=850 € (valore gen-sett 2024: 853,51 € valore 2023 817,94)	
5.12 Misure di efficientamento della gestione dei dispositivi medici	5.12.f	Governo della spesa media per protesi di ginocchio* * Dati estratti da flusso dispositivi, tipo struttura 01 "Struttura di ricovero", destinazione "I - Interna, destinazione utilizzo "mista".	Costo protesi di ginocchio (dispositivi ortopedici CND P0909)/punti DRG per ricoveri 81.54; 81.55; 00.80; 00.81;00.82; 00.83; 00.84.Si escludono le specialità relative alla post-acuzie (75,56,76 e 60)	<=1.240 € (valore gen-sett 2024: 1.243,20€ Valore 2023 1.237,51 €)	<=1.130 € (valore gen-sett 2024 1.134,04€ Valore 2023 1.358,00€)	
5.13 Linee guida per l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate	5.13.b	Elaborazione di documento tecnico di definizione della Procedura regionale di utilizzo di medicazioni avanzate per lesioni cutanee complicate (Linee guida) da parte di un Gruppo di lavoro interaziendale composto da infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti a ciascun Ente del S.S.R. (almeno uno per Ente), con eventuale partecipazione di ulteriori figure professionali	Partecipazione al Gruppo di lavoro interaziendale di infermieri e farmacisti ospedalieri appartenenti all'Ente (almeno uno per Ente) con attiva collaborazione alla elaborazione e stesura del documento tecnico	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	Partecipazione attiva del personale ai lavori del Gruppo assicurata da ogni Ente fino alla conclusione dei lavori	
8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	8.2.1	Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale	Stesura del Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale e sua trasmissione alla DCS	entro il 31.3.2025	entro il 31.3.2025	
8.2.1 Il Piano della Formazione Regionale (PFR)	8.2.1	Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale	Eventuale aggiornamento del Piano Formativo Aziendale (PFA) a seguito della pubblicazione del Piano Formativo Regionale (PFR)	entro 30 gg	entro 30 gg	
8.2.2 La Relazione annuale regionale	8.2.2	Relazione annuale della attività formative	I Provider regionali provvederanno alla redazione ed invio alla DCS della Relazione annuale sulle attività formative 2024	entro 15.5.2025	entro 15.5.2025	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
9.6.2 Programmazione 2026	9.6.2	Programma preliminare degli investimenti (PPI)	Adozione e trasmissione al NVISS del Programma preliminare degli investimenti completo di una relazione illustrativa che fornisca le informazioni previste dalla normativa regionale in tema di Programmazione e controllo degli Investimenti (attuale comma 2 dell'art. 33 della L.R. 26/2015).	entro 30 settembre 2025	entro 30 settembre 2025	
9.6.5 Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29/12/2022	9.6.5.a.1	Valutazione del fabbisogno per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29.12.2022	Predisposizione di una relazione con la descrizione delle attività sanitarie svolte, unitamente al dettaglio (tipologia, quantità e costo stimato) del fabbisogno di beni mobili e tecnologici per tutte le strutture "Case della comunità", "Punti Salute di Comunità" e "Ospedali di Comunità" - sia PNRR che "extra" PNRR - previste dal Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale approvato con DGR n.2042 del 29.12.2022. L'invio dovrà includere il nulla osta di ARCS sulla coerenza e omogeneità del contenuto con la programmazione sanitaria regionale e sulla congruità tecnica ed economica delle tecnologie proposte.	Invio della relazione corredata del nulla osta di ARCS entro il 30.06.2025	Invio alla DCS entro il 30.06.2025	
9.6.5 Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29/12/2022	9.6.5.b	Programmazione degli interventi di investimento per l'attrezzaggio delle strutture previste dalla DGR n.2042 del 29.12.2022	Trasmissione della proposta di aggiornamento della Programmazione Preliminare degli Investimenti 2025, secondo quanto disposto dall'art.33 della LR 26/2015, per l'inserimento di linee di investimento dedicate al fabbisogno tecnologico oggetto della relazione di cui all'obiettivo 10.6.5.a, non soddisfabile con l'attuale dotazione aziendale.	Invio della proposta di aggiornamento del Programma Preliminare degli investimenti 2025 entro il 31.07.2025.	Invio al NVISS 31.07.2025	
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	10.1	1. Identificazione dei Risk Manager e dei Responsabili Aziendali dei Programmi (RAP). I RAP dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: a. gestione sicura del farmaco b. prevenzione e controllo delle infezioni c. prevenzione delle lesioni da pressione d. prevenzione delle cadute accidentali e. sicurezza delle cure	1. Invio alla DCS dei nominativi dei Risk Manager e dei RAP (per i PP.OO. e il territorio)	entro il 31 gennaio 2025	entro il 31 gennaio 2025	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	10.1	2. Completamento e rafforzamento della rete Link Professional. I Link Professional dovranno garantire il supporto alle seguenti linee di lavoro in ambito ospedaliero e territoriale: a. prevenzione e controllo delle infezioni b. sicurezza delle cure	2. Invio alla DCS di una relazione attestante l'organizzazione aziendale della rete dei Link Professional (per i PP.OO. e il territorio)	entro il 31 gennaio 2025	entro il 31 gennaio 2025	
10.1 Consolidamento della Rete Cure Sicure FVG	10.1	3. Mantenimento aziendale delle attività delle linee "Prevenzione delle cadute accidentali" e "Prevenzione Lesioni da Pressione"	3. Invio alla DCS di una relazione attestante le attività svolte dall'Azienda nell'ambito dei programmi di "Prevenzione delle cadute accidentali" e di "Prevenzione delle lesioni da Pressione"	entro il 31 dicembre 2025	entro il 31 dicembre 2025	
10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	10.1	Compilazione delle schede A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES ed effettuazione delle azioni di miglioramento	1. Compilazione delle schede A e B secondo i termini del protocollo 2024	entro i termini protocollo 2024	entro i termini protocollo 2024	
10.1 Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	10.1	Effettuazione delle azioni di miglioramento	2. Evidenza dell'attuazione delle azioni di miglioramento indicate nella scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa per i seguenti eventi: a. errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis b. morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica c. morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza d. morte o grave danno permanente in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite	Evidenza attuazione azioni di miglioramento scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa	Evidenza attuazione azioni di miglioramento scheda B entro le tempistiche indicate nella stessa	
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	1. Supporto alle azioni per l'implementazione del PNCAR 22-25 (vedi anche obiettivi Piano Regionale Prevenzione 21-25)	Invio alla DCS della relazione annuale, secondo il format Rete Cure Sicure, sulle attività intraprese per la prevenzione e il controllo delle infezioni (incluse le attività di monitoraggio e la stesura del piano di miglioramento)	entro il 31 dicembre 2025	entro il 31 dicembre 2025	La RCS ci comunicherà come/cosa rendicontare, in quanto non avremo tutti i dati disponibili in tempo utile per consegnare una relazione completa entro il 31/12
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti: a. invio alla DCS dei dati entro novembre 2025	entro 30.11.2025	entro 30.11.2025	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture per acuti (PPS protocollo ECDC) - ottobre 2025	2. Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture per acuti: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni"	evidenza	evidenza	La diffusione dei risultati sarà possibile solo successivamente all'invio del report definitivo da parte della RCS ad AsFO
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	3. Effettuazione dello studio di incidenza SPIN-UTI in almeno una terapia intensiva per azienda (per le ASU/AS) - gennaio/marzo 2025	3. Studio di incidenza SPIN-UTI: a. inserimento dei dati entro aprile 2025	entro 30.4.2025	entro 30.4.2025	Necessario il coinvolgimento dell'inserimento dei dati delle terapie intensive. Si chiede lo slittamento della scadenza di un mese
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	3. Effettuazione dello studio di incidenza SPIN-UTI in almeno una terapia intensiva per azienda (per le ASU/AS) - gennaio/marzo 2025	3. Studio di incidenza SPIN-UTI: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni"	evidenza	evidenza	La diffusione dei risultati sarà possibile solo successivamente all'invio del report definitivo da parte della RCS ad AsFO
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: a. inserimento dei dati 2024 entro marzo 2025	entro 31.3.2025	entro 31.3.2025	
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: b. evidenza delle modalità di condivisione dei risultati alle SOC interessate e identificazione dei piani di miglioramento. Tali informazioni dovranno essere riportate nell'indicatore 1 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni"	evidenza	evidenza	La diffusione dei risultati sarà possibile solo successivamente all'invio del report definitivo da parte della RCS ad AsFO
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico - settembre/novembre 2025	4. Sorveglianza dell'incidenza delle infezioni del sito chirurgico: c. attivazione della sorveglianza 2025 (settembre-novembre)	attivazione sorveglianza (settembre-novembre)	attivazione sorveglianza (settembre-novembre)	
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: a. punteggio almeno di 6 nella matrice delle azioni di prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento di almeno 2 punti rispetto all'anno precedente	punteggio >= 6 matrice prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento >= 2 rispetto 2023	punteggio >= 6 matrice prevenzione e controllo delle infezioni o miglioramento >= 2 rispetto 2023	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: b. invio semestrale alla DCS degli indicatori 1, 2, 3 e 4 della matrice IPC	invio semestrale indicatori 1,2,3 e 4 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	invio semestrale indicatori 1,2,3 e 4 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	5. Implementazione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: b. invio annuale degli indicatori 6 e 7 della matrice IPC	invio annuale indicatori 6 e 7 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	invio annuale indicatori 6 e 7 (di pag. 107 delle Linee per la Gestione SSR 2025)	
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	6. Sostegno alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio per il rischio infettivo	Indicatore compreso nel punto 1 dell'obiettivo "Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio"	Indicatore compreso nel punto 1 dell'obiettivo "Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio"	Indicatore compreso nel punto 1 dell'obiettivo "Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio"	
10.1 Prevenzione e controllo delle infezioni	10.1	7. Prevenzione della Scabbia nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	Invio alla DCS di una relazione attestante l'adozione e la diffusione dei protocolli operativi di prevenzione e controllo delle infestazioni da Scrcptes scabiei nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	1. Sostegno alla continuità ospedale territorio	1. Effettuazione di almeno 5 tracer per la valutazione delle buone pratiche tra ospedale e territorio comprensive di standard di prevenzione delle ICA (punto 6 dell'obiettivo "Prevenzione e controllo delle infezioni")	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	2. Identificazione di specifiche attività/programmi della Rete Cure Sicure FVG da implementare nelle strutture residenziali per non autosufficienti in accordo con gli standard di accreditamento istituzionale regionale	2. Evidenza della partecipazione alla costruzione del piano di miglioramento (annuale e triennale) e condivisione dello stesso con le strutture residenziali per non autosufficienti	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	3. Avvio di eventi formativi sulle specifiche attività/programmi dalla Rete Cure Sicure FVG per le strutture residenziali per non autosufficienti	3. Realizzazione di almeno due eventi formativi indirizzati al Direttore Sanitario/Coordinatore delle strutture residenziali per non autosufficienti	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	4. Miglioramento del sistema di incident reporting e analisi del rischio in ambito territoriale	4. Invio di un report sulle segnalazioni di near miss/incident reporting (numero e tipologia)	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	La RCS ci comunicherà come/cosa rendicontare, in quanto non avremo tutti i dati disponibili in tempo utile per consegnare una relazione completa entro il 31/12

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	5. Partecipazione del Risk Manager aziendale al tavolo "Cabina di Regia" per l'integrazione con le strutture residenziali per non autosufficienti	5. Evidenza della partecipazione del Risk Manager al tavolo secondo le indicazioni della Rete Cure Sicure	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	6. Valutazione dei ricoveri ripetuti e degli accessi in Pronto Soccorso degli ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti	6. Invio alla DCS del verbale di condivisione dei dati con i Direttori Sanitari/Coordinatori delle strutture residenziali per non autosufficienti	entro il 30.6.2025	entro il 30.6.2025	
10.1 Integrazione delle azioni di rischio clinico tra l'ospedale e il territorio	10.1	6. Valutazione dei ricoveri ripetuti e degli accessi in Pronto Soccorso degli ospiti delle strutture residenziali per non autosufficienti	6. Invio alla DCS della relazione delle azioni di miglioramento intraprese	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	10.1	1. Effettuazione delle survey di prevalenza del fenomeno nei presidi ospedalieri, nelle RSA e nelle strutture residenziali per non autosufficienti (queste ultime su base volontaria)	1. Partecipazione alla survey di prevalenza da parte delle strutture indicate nel protocollo regionale con le modalità e i tempi previsti dallo stesso	entro il 30.6.2025	entro il 30.6.2025	
10.1 Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	10.1	1. Effettuazione delle survey di prevalenza del fenomeno nei presidi ospedalieri, nelle RSA e nelle strutture residenziali per non autosufficienti (queste ultime su base volontaria)	1. Invio alla DCS della relazione delle azioni di miglioramento intraprese	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	10.1	2. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari dei presidi ospedalieri, delle RSA e delle case di riposo (queste ultime su base volontaria)	2. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari con le modalità e i tempi previsti dal protocollo regionale	entro il 30.6.2025	entro il 30.6.2025	
10.1 Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	10.1	2. Partecipazione all'indagine sulla percezione della contenzione da parte dei professionisti sanitari dei presidi ospedalieri, delle RSA e delle case di riposo (queste ultime su base volontaria)	2. Invio alla DCS della relazione delle azioni di miglioramento intraprese	entro il 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Gestione sicura del farmaco	10.1	1. Prescrizione dei farmaci inibitori di pompa protonica	1. Presenza nell'80% delle lettere di dimissione ospedaliera di specifiche indicazioni sulla durata della terapia con PPI	specifiche almeno 80% delle lettere di dimissione	specifiche almeno 80% delle lettere di dimissione	
10.1 Gestione sicura del farmaco	10.1	2. Adesione alle buone pratiche relative all'utilizzo delle benzodiazepine nelle strutture residenziali per non autosufficienti	2. Implementazione del programma in almeno due strutture residenziali per non autosufficienti per ogni Azienda entro il 30 giugno	>= 2 strutture residenziali entro il 30.6.2025	>= 2 strutture residenziali entro il 30.6.2025	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.1 Gestione sicura del farmaco	10.1	2. Adesione alle buone pratiche relative all'utilizzo delle benzodiazepine nelle strutture residenziali per non autosufficienti	2. Verifica dei risultati e invio di una relazione alla DCS	entro 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Global Trigger Tool	10.1	Rilevazione dei dati secondo le indicazioni dello strumento Global Trigger Tool	Invio dei dati riferiti a 120 cartelle di dimissione	entro 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Indicatori AHRQ	10.1	Condivisione dei dati aziendali	Evidenza delle modalità di condivisione dei dati con le SOC interessate	entro 31.12.2025	entro il 31.12.2025	
10.1 Violenza sull'operatore	10.1	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell'operatore	1. Evidenza della partecipazione ai lavori del gruppo multidisciplinare individuato dall'Azienda	evidenza partecipazione	evidenza partecipazione	
10.1 Violenza sull'operatore	10.1	Prevenzione degli atti di violenza a danno dell'operatore	2. Invio dei dati richiesti dall'Osservatorio delle Buone Pratiche sulla sicurezza alla DCS	entro il 10.1.2025	entro il 10.1.2025	
10.1 Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	10.1	Predisposizione e analisi dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione sulla gestione del rischio clinico secondo le indicazioni regionali Gli obiettivi sono assegnati a tutti gli Enti	Pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione sull'attività di gestione del rischio clinico (secondo il format Rete Cure Sicure)	entro 31.3.2025	entro 31.3.2025	
10.1 Mantenimento delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	10.1	Partecipazione alla survey Agenas	Compilazione della survey entro i tempi previsti da Agenas	entro i tempi previsti	entro i tempi previsti	
10.2 Accreditamento	10.2	Gli enti del SSR consentono ai propri referenti della qualità e dell'accreditamento, componenti dell'OTA, di reclutare i dipendenti appartenenti alle aree professionali individuate dall'OTA per coprire le esigenze connesse alle verifiche dell'accreditamento e che hanno manifestato la disponibilità a intraprendere il per-corso per diventare valutatore dell'accreditamento.	Evidenza campagna di reclutamento (e-mail di avvio campagna con requisiti di accesso alla funzione e ai profili richiesti).	negli elenchi dei candidati figura l'80% dei profili professionali necessari/richiesti.	Ogni ente mette a disposizione almeno 3 professionisti con profilo professionale inerente alla campagna di reclutamento	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.2 Accreditamento	10.2	Gli enti del SSR mettono a disposizione tali professionisti e consentono loro di partecipare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	Evidenza autorizzazione da parte dell'azienda (e-mail) rispetto al reclutamento delle candidature volontarie acquisite e relativi doveri (partecipazione obbligatoria a 1 gg di formazione Corso Base); evidenza partecipazione a Corso Base (attestato) per singolo professionista.	Almeno l'80% dei professionisti partecipa al Corso Base, se erogato	Gli enti autorizzano l'80% dei loro candidati a partecipare alla giornata di Corso Base	
10.2 Accreditamento	10.2	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accredimento, di partecipare ai sopralluoghi per almeno 7 giornate, a copertura di tutti i ruoli previsti, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute e dell'OTA.	Evidenza gg di partecipazione del singolo professionista ai sopralluoghi, in funzione della richiesta regionale	Formazione dei GdV garantendo l'affiancamento dei nuovi candidati al fine del completamento della formazione e il coinvolgimento dei valutatori già formati in modo omogeneo tra le aziende sanitarie.	Gli enti autorizzano i loro candidati e valutatori a partecipare ai sopralluoghi ad almeno 7 gg/anno per ciascuno (secondo le richieste di DCS e OTA).	
10.2 Accreditamento	10.2	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero valutatori FVG presenti negli elenchi nazionali	Numero minimo dei valutatori con profili specifici richiesti da Ministero della Salute e Agenas	Messa a disposizione dei profili richiesti.	
10.2 Accreditamento	10.2	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti. Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti negli elenchi nazionali dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Numero di giornate di partecipazione del singolo valutatore ad attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas/ giorni totali richieste da Ministero Salute e AGENAS	>75% delle giornate totali programmate dal Ministero della salute e dall'Agenas	Autorizzazione delle missioni dei professionisti in regime istituzionale/formazione obbligatoria	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.2 Accreditamento	10.2	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero incontri programmati (min 40 incontri/anno, di norma 1/settimana lavorativa)	Ciascun componente OTA garantisce la sua presenza per ≥1 giorni/settimana su 40 settimane lavorative	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	
10.2 Accreditamento	10.2	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli incontri programmati / totale incontri	Ciascun componente OTA presenza per il 75% delle gg programmate	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	
10.2 Accreditamento	10.2	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero progetti di formazione per OTA e Valutatori inviati ad ARCS	≥1 progetto di formazione per componenti OTA/anno	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	
10.2 Accreditamento	10.2	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati all'organismo (discente) / totale giornate erogate	100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati all'OTA da parte di ogni componente OTA (salvo motivi giustificati)	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	
10.2 Accreditamento	10.2	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG: gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015, dal Decreto n. 1899/2017 e dal Decreto n. 53628/2023.	Numero giornate di partecipazione del singolo componente OTA agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali (docente) / totale giornate erogate	100% di partecipazione agli eventi formativi dedicati ai valutatori regionali per ogni componente OTA con incarico di docenza	Messa a disposizione dei componenti OTA per le gg con incontri programmati (incontri periodici e giornate di formazione) con pagamento degli oneri di missione	
10.4 Gestione della logistica di reparto e attività di sperimentazione	10.4.a	Avviare il progetto sperimentale per la gestione della logistica di reparto	Predisposizione del progetto esecutivo da parte di ARCS e l'azienda sanitaria pilota	Entro il 30/09/2025	Entro il 30/09/2025 (se identificata quale azienda pilota)	

linea	cod. ob.	Obiettivo	Indicatore	Target FVG	ASFO	Note aziendali al Piano attuativo 2025
10.6 Analisi economica, di fattibilità e opportunità su ipotesi di attività di consegna a domicilio di ausili monouso	10.6	Predisporre uno studio di fattibilità, sia in termini economici che logistici nonché di beneficio per il paziente anche tenendo conto del percorso di presa in carico del paziente stesso, riguardante l'opportunità di avviare un programma di consegna a domicilio di ausili monouso di cui all'allegato 2 del DP.C.M. 12 gennaio 2017. La fattibilità dovrà approfondire i seguenti aspetti: il percorso prescrittivo (e quindi maggior tracciabilità), il percorso di presa in carico del paziente, le necessità del paziente o del caregiver, i costi e la logistica.	trasmissione studio alla DCS	entro il 31.12.2025	collaborazione con ARCS	
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	11.1	A	Gli Enti del SSR inviano trimestralmente ad ARCS un report con lo stato dell'arte degli studi attivi nelle AS e IRCCS regionali	invio trimestrale ad ARCS	invio trimestrale ad ARCS	
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	11.1	C	Gli enti del SSR, organizzano i percorsi aziendali per la presentazione degli studi, compreso il supporto per i profili inerenti la tutela della riservatezza e la tempestiva raccolta del consenso informato	entro il 30.06.2025	entro il 30.06.2025	
11.1 Sviluppo della Ricerca ed innovazione Clinica in Regione	11.1	C	Gli enti del SSR, adottano regolamento e istruzioni operative in cui vengono disciplinati in maniera chiara e trasparente i percorsi e i tempi da assicurare	entro 31.10.2025	entro 31.10.2025	

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: 14/03/2025 08:39:51

IMPRONTA: 5AE3F49B40D9F17E2DA67AEA5CAF08A72A40C6CA7F72260D5B2C1C46AC158A7F
2A40C6CA7F72260D5B2C1C46AC158A7F46097903554E6F6A8F3A86E725822146
46097903554E6F6A8F3A86E725822146678F4E5A36C377D93D41C8F35EB10C5B
678F4E5A36C377D93D41C8F35EB10C5B676C9BF658392DFDC562F91553772297